

UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE HUMANIDADES



No. DE CÓDIGO 327-14-06-99-03.

ESTUDIANTE YARA DEL CARMEN ACUÑA IBARRA.

CÉDULA 8 - 368 - 109.

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA DE LA TESIS, PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE
URGENCIA APLICADA A ADULTOS MAYORES
DEPRESIVOS CON MANIFESTACIONES DE
CONDUCTAS PARASUICIDAS.

ASESOR DR. SAMUEL PINZÓN B.

FIRMA DEL ASESOR

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Pinzón B.', is written over a horizontal line.

FIRMA DE LA ESTUDIANTE

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Yara del Carmen Acuña Ibarra', is written over a horizontal line.

APROBADO POR

A handwritten signature in dark ink is written over a horizontal line. Below the line, the text 'COORDINADOR DEL PROGRAMA' is printed.

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERECTORIA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PANAMÁ, NOVIEMBRE DE 2000

DEDICATORIA

...Y se ven llamas en los ojos de los jóvenes,
pero en el ojo del anciano, se ve luz.
Víctor Hugo, La leyenda de los siglos.

27 MAR 2001

Durante la interacción que mantuvimos con los adultos mayores, nos percatamos que cuando dialogábamos con ellos, escuchábamos al niño, al adolescente y al adulto de ayer con sus vivencias, triunfos, éxitos, fracasos, virtudes y defectos. En el hoy, nos adelantaba a lo que en los próximos años venideros, sino en la actualidad, podríamos pensar, sentir y vivir.

Es por ello que el presente estudio es dedicado a estas personas, principalmente aquéllas que conviven en la Residencia “Los Años Dorados”, ya que a través de sus sabias enseñanzas y reflexiones durante el proceso terapéutico, contribuyeron a enriquecer y ampliar nuestro conocimiento acerca del proceso del envejecimiento.

A mis pequeños “ángeles”, quienes con su inocencia, representan en mi vida una gran motivación: Ana Isabel, Félix Alexis, Fernando Andrés y Sergio Enrique.

ph. del autor

No podría dar término a esta dedicatoria, sin mencionar a la persona que desde mis primeros pininos guió, fortaleció y enriqueció mi educación diaria. Me refiero a la maestra Ana Isabel Ibarra de Cubilla (q.e.p.d.), mi madre, siendo quien apoyó mi ingreso como estudiante en el Programa de Maestría en Psicología Clínica y además, motivó la realización de este estudio. A través de sus enseñanzas que hoy permanecen integradas a mi vida y personalidad, mostró mediante actitudes y hechos, la importancia de la calidad humana, en donde el derecho a vivir feliz, con perspectivas y esperanzas de un futuro, era lo fundamental en la vida de una persona.

YARA DEL C. ACUÑA IBARRA.

AGRADECIMIENTO

Las palabras quedarían pequeñas, si expresara mi profundo agradecimiento a todas aquellas personas que contribuyeron a la culminación de este estudio, que aunque difícil de realizar, por la población a la que queríamos incursionar, gracias a ellos, hoy es una realidad.

Ante ello, surgen en mis recuerdos el apoyo recibido por el señor José Ruíz Perea (q.e.p.d.), quien fue vínculo para convencer y motivar a algunos pacientes acerca de su participación en el estudio. Fueron valiosas las contribuciones del personal de salud y administrativo de la Residencia “Los Años Dorados”, como también, los del Dr. Ramón Mon, del Mgter. Gerardo Valderrama y del Dr. Samuel Pinzón; quienes me guiaron y orientaron durante la investigación.

De igual manera, a mis quince compañeros de la Maestría, con quienes compartí tiempo, nuevos conocimientos y dedicación; en especial a las psicólogas Ana de Achurra, Dania Carrera, Bedsy de Valderrama, Bertalicia de Terán, Argelia Hernández, Omaidá De Frías y al psicólogo Rolando Jaén, ya que en momentos difíciles, siempre encontraron una palabra de aliento y orientación.

A los profesores de la Maestría, quienes con sus amplios conocimientos contribuyeron a instruir a una nueva Psicóloga Clínica; en especial, a los Doctores Ramón Mon y Virgilio Correa; y a las Doctoras Lea de Setton y Graciela Álvarez y al Mgter. Gerardo Valderrama.

A mis amigas: Yasmína, Diana, Dania, Ana, Anita, Dimas, Jeny, quienes fueron soporte emocional; al igual que mi familia: el Sr. Félix, mi padre, y mi hermana Oreida, por sus sabios consejos; pero en especial, a mi hermana Carmen (y César) quien con su soporte y consejos, me ayudó a la finalización de esta meta tan anhelada. Al hablar de familia se hace extensivo mi profundo agradecimiento (en donde las palabras se quedan cortas) a la familia Cienfuegos-Achurra, quienes durante todo el proceso de investigación, expresaron su apoyo, comprensión, tolerancia, guía, ocupando en ocasiones, el gran vacío que había dejado la muerte de mi madre.

Finalmente, al todopoderoso, que a través de la creencia de la espiritualidad, fue un aliado en la mejoría de los síntomas y signos que presentaban los pacientes y mantuvo una luz y una ventana abierta ante los momentos de controversia.

A todas aquellas personas que he obviado (Mary Robinson) y que también contribuyeron a la finalización de esta investigación; una y mil veces ¡Gracias!

RESUMEN

El propósito de este estudio es comprobar la efectividad de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Leopoldo Bellak, en adultos mayores, que al inicio del tratamiento, presentaban sintomatología depresiva y manifestaban conductas parasuicidas. Este trabajo presenta recomendaciones generales en el tratamiento psicoterapéutico de la vejez, enfatizando en los factores específicos detallados por Bellak, acerca de la psicoterapia de la depresión, conducta acting-out y suicidio. Utilizando los parámetros de estudio de caso único, tipo Intervención Terapéutica y de investigación cualitativa, se realizó una réplica de cinco casos clínicos y una posterior evaluación subjetiva y análisis integral de los resultados obtenidos, los cuales nos indicaron cambios de signos y síntomas con respecto a la manifestación de conductas parasuicidas y una satisfacción de los pacientes en la efectividad del tratamiento. La flexibilidad que ofrece la PBIU, de utilizar los recursos comunitarios, tales como lo fue el personal de salud y de recreación de la residencia, hicieron posible el éxito del tratamiento.

SUMMARY

The aim of this study is to verify the effectiveness of the Leopoldo Bellak's Intensive Brief and Emergency Psychotherapy, in old persons, who at the beginning of the treatment were with depressive symptoms and parasuicidal behavior. In this work, are presented the general recommendations for oldness psychotherapeutic treatment, emphasized on the Bellak's specific factors of depression, acting-out behavior and suicide psychotherapy. Working on the line of Unit Case Study, Therapeutic Intervention Type and Qualitative Research, five clinical replicas have been done. A subjective evaluation and a integrative analysis of the obtained results show us changes on sings and symptoms of parasuicidal behaviors manifestation and patient's satisfaction about the effectiveness of the treatment. The flexibility of the PBIU, to use the communitary resources, like the health and recreational personnel of the residence, made possible the success of the treatment.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN	11
---------------	----

INTRODUCCIÓN	12
--------------------	----

CAPÍTULO I. LA VEJEZ

1. LAVEJEZ	17
------------------	----

2. ALGUNAS TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL ADULTO MAYOR	19
---	----

2.1. Erik Erikson	19
-------------------------	----

2.2. Robert Peck	20
------------------------	----

3. EL ENVEJECIMIENTO	21
----------------------------	----

3.1. Modelo de un Envejecimiento Satisfactorio.....	23
---	----

3.1.1. Teoría de la Desvinculación.....	23
---	----

3.1.2. Teoría de la Actividad.....	23
------------------------------------	----

4. ASPECTOS RELEVANTES DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL ADULTO MAYOR.....	24
---	----

4.1. Mantenimiento de una Buena Salud.....	24
--	----

4.1.1 Dieta y Nutrición.....	24
------------------------------	----

4.1.2 Sueño y Descanso.....	25
-----------------------------	----

4.1.3 Ejercicio y Movimiento.....	26
-----------------------------------	----

4.1.4 Estrés y Adaptación.....	27
--------------------------------	----

4.1.5 Uso de Medicamentos.....	27
--------------------------------	----

4.2 Enfrentarse con el Envejecimiento.....	28
--	----

5. LOS MIEDOS DEL ENVEJESCENTE.....	29
-------------------------------------	----

5.1	La idea de Muerte Propia en los Adultos Mayores.....	33
5.2	Características del Duelo por Pérdida en los Adultos Mayores.....	39
6.	EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO.....	40
CAPÍTULO II: PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ.		
1.	PSICOGERONTOLOGÍA.....	49
1.1.	Prejuicios, Mitos e Ideas Erróneas acerca del envejecimiento y la vejez	49
2.	LA DEPRESIÓN.....	50
2.1.	Aspectos relevantes de la depresión y la vejez.....	53
3.	SUICIDIO, PARASUICIDIO Y VEJEZ.....	55
3.1.	Mitos y Realidades acerca de la Conducta Suicida en la Vejez.....	63
3.2.	Factores de alto riesgo.....	64
4.	APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ.....	66
4.1.	Recomendaciones Generales en el Manejo Terapéutico en la Vejez.....	71
4.1.1.	Procedimiento Terapéutico en el Manejo de la Conducta Depresiva en el Adulto Mayor.....	76
4.1.2.	Implicaciones Terapéuticas Específicas de la Conducta Suicida en la Vejez.....	78
a)	En la Prevención y en la Evaluación.....	78
b)	En la Intervención.....	79
5.	BREVE HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE.....	80
6.	LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.....	83
6.1.	Procedimientos Básicos.....	83
6.1.1.	La Transferencia.....	83
6.1.2.	El Motivo de Consulta.....	84
6.1.3.	La Historia del Paciente.....	85
6.1.4.	Las Relaciones Causales.....	86
6.2.	La Intervención.....	87
6.2.1.	El Insight.....	87

6.2.2.	La Interpretación.....	88
6.2.3.	El Incremento de la Autoestima.....	89
6.2.4.	La Catarsis.....	90
6.2.5.	La Catarsis "Mediata".....	90
6.2.6.	El Impulso de Represión y Restricción.....	91
6.2.7.	Sensibilización de Señales.....	92
6.2.8.	Seguridad y Apoyo.....	92
6.2.9.	Consejo y Guía.....	92
6.2.10.	Consulta Conjunta.....	93
7.	LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA.....	93
7.1.	Principios Básicos y Procedimientos.....	94
8.	PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA.....	95
8.1.	Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia del Suicidio.....	100
9.	LA REMINISCENCIA COMO TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA.....	103
CAPÍTULO III: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN		
1.	METODOLOGÍA.....	107
1.1.	Antecedentes.....	107
1.2.	Plantamiento del Problema	109
1.3.	Justificación.....	110
1.4.	Objetivos de la Investigación.....	115
1.5.	Hipótesis de la Investigación.....	116
1.6.	Estrategia de la Investigación.....	117
1.7.	Variables.....	120
1.7.1.	Variables Independientes.....	120
1.7.2.	Variables Dependientes.....	120
1.7.3.	Variables Intervinientes.....	120
1.8.	Definición de Términos.....	121

1.9. La Población.....	123
1.10. La Muestra.....	123
1.11. Mecanismo de Muestreo.....	123
1.12. Criterios de Selección	124
1.13. Técnicas e Instrumentos de Medición.....	125
1.13.1. Cuestionario Guía.....	125
1.13.2. Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester.....	126
1.13.3. Cuestionario Post-Tratamiento y Escala de Autoevaluación de la Mejoría del Paciente (EMP) de Botella y Ballester.....	127
1.14. Métodos y Técnicas de Intervención.....	128
1.14.1. La Técnica de Apercepción para Edades Avanzadas (S.A.T.).....	128
1.14.2. Factores Específicos en la Psicoterapia de la Depresión y el Suicidio.....	129
1.14.3. Otros Métodos de Intervención.....	131
1.15. Evaluación de los Resultados.....	132
1.16. Organización de los Datos.....	133
1.17. Requerimientos de Operación.....	133
1.17.1. Requerimientos Financieros, Humanos y Físicos.....	133
2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	135
2.1. Procedimiento de la Investigación.....	134
2.2. Intervención Psicoterapéutica.....	137
2.2.1. Factores de la Relación Terapéutica.....	137
a) La Transferencia.....	137
b) La Alianza Terapéutica.....	138
c) El Contrato Terapéutico.....	140
2.3. Presentación de las Historias Clínicas y su Proceso Terapéutico.....	141
2.3.1. Historia Clínica # 1.....	141
2.3.2. Historia Clínica # 2.....	166
2.3.3. Historia Clínica # 3.	191
2.3.4. Historia Clínica # 4.....	211

2.3.5. Historia Clínica # 5.....	233
3. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	256
CAPITULO III: REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
1. REFLEXIONES FINALES.....	274
2. CONCLUSIONES.....	276
3. RECOMENDACIONES.....	284
BIBLIOGRAFÍA.....	288
INDICE DE CUADROS	
Cuadro # 1: Perfil de la edad de los adultos mayores.....	257
Cuadro # 2: Perfil del sexo de los adultos mayores.....	257
Cuadro # 3: Perfil de la procedencia de los adultos mayores.....	257
Cuadro # 4: Perfil de la educación de los adultos mayores.....	258
Cuadro # 5: Perfil del estado civil de los adultos mayores.....	258
Cuadro # 6: Perfil de las condiciones de vida antes de ingresar al residencial.....	258
Cuadro # 7: Perfil del tiempo de vivir en la residencia.....	259
Cuadro # 8: Resultados de la satisfacción de los adultos mayores con respecto a la duración del tratamiento.....	270
Cuadro # 9: Resultados de la satisfacción de los adultos mayores con respecto a la ayuda recibida por el tratamiento (manifestaciones de las conductas parasuicidas en comparación al inicio de la psicoterapia).....	270
Cuadro # 10: Autoevaluación de los adultos mayores con respecto a la efectividad del tratamiento.....	271

ANEXOS

1. Cuestionario-Guía (Entrevista).....	295
2. Escala Revisada Collett-Lester de Miedo a la Muerte y al Proceso de Morir.....	301
3. Informe Semanal.....	303
4. Cuestionario Guía Post-Tratamiento.....	304
5. Escala de Autoevaluación de la Mejoría del Paciente (EMP) de Botella y Ballester.....	305
6. Recomendaciones para el paciente.....	306
7. ...Si usted es familiar o amigo (a).....	308

ABREVIATURA UTILIZADA:

P.B.I.U.: Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

INTRODUCCIÓN

A través de la evolución del mundo moderno, cada vez es más palpable el hecho de que las personas actualmente sobreviven una cantidad de años mayor, de aquéllas que les han precedido.

Como parte del ciclo vital, "hacerse viejo" es un proceso por el cual todos pasamos. Son precisamente los cumpleaños los que nos hacen recordar que experimentamos cambios, los cuales nos hacen pensar en que dicho proceso está ocurriendo.

A medida que las diferentes etapas pasan por nuestras vidas, esperamos su llegada con ansias, porque reconocemos que hay algo que esperar de la misma; por ejemplo, metas que alcanzar; además, existe la perspectiva de que otra etapa la reemplazará. Sin embargo, en la vejez la realidad se torna un poco diferente: aumenta la incertidumbre de la persona acerca de qué esperar, debido a que reconoce en la misma, la inexistencia de perspectivas de un futuro próximo (por lo menos es lo que ha aprendido en la sociedad).

A partir de los sesenta años de edad, hombres y mujeres experimentan cambios tan grandes como ninguno de los sucedidos hasta entonces en sus vidas: una situación (trabajar) mantenida durante treinta, cuarenta o cincuenta años, va a dejar de producirse, dando paso a una nueva y desconocida, para lo que generalmente no está preparado(a), ya que experimenta pérdidas que a consideración de investigadores que dedican sus estudios a esta etapa de la vida, una de las más críticas es la pérdida de roles. Realmente él o ella, no sabe qué hacer con tanto tiempo libre que ahora posee, rodeándose entonces de la tristeza,

del abandono de sus familiares, del aislamiento tanto personal como social, sumergiéndose, en muchas ocasiones, en depresiones profundas, las cuales le son difíciles de superar.

Producto de la falta de atención y pérdida de sus familiares más cercanos (hermanos, tíos, cónyuges), son luego incorporados a lugares de estancia; rompiendo vínculos con conocidos y terminando sus últimos días en lugares de estar. Poco a poco, y reforzado por los mitos de que el "viejo" debe estar en una condición humana inactiva, cae en fuertes estados depresivos debido a que lamenta la pérdida de sus roles y la desvinculación con su entorno familiar. Se siente inútil y cree que sólo le queda esperar la muerte, sin prever otras alternativas o actividades que llenen el vacío que el tiempo ha dejado.

Es por ello, que en estos centros de atención, debe incorporárseles a programas e intervenciones especiales para ellos, a fin de que puedan adaptarse a sus nuevos roles que sustituyan las pérdidas que ha experimentado.

Se podría decir que en comparación con el resto de la población, la intervención a adultos mayores es casi mínima, por no decir casi inexplorada. Es como si viviéramos a espaldas de su problemática. Inclusive, pareciera ser que poco se le interviene clínicamente, quizás porque tememos que se nos enfrente a que algún día, como evolutivamente debe ocurrir, lleguemos a "viejos".

Nuestro interés primordial fue realizar un estudio con adultos mayores con el fin de ampliar nuestros conocimientos psicológicos acerca de los últimos años de la vida; de las relaciones, que como profesionales de la Psicología, debemos mantener con ellos; sin olvidar la importancia y la necesidad existente de la intervención clínica en dicha población, principalmente en aquéllos que por su condición actual de vida, se ven en la "necesidad" de refugiarse en albergues, asilos, o residencias especializadas para su atención, ya que sus

familiares, en la mayoría de las ocasiones y por diferentes razones, no pueden o no desean atenderlos.

Esta situación produce en el adulto mayor una conducta de aislamiento, apatía, de agresividad-pasividad, manifestándose con el tiempo en depresiones. Estas conductas podrán pasar desapercibidas ya que se interpretarían solamente como un signo depresivo; sin embargo, desde otro punto de observación clínica, son manifestaciones de conductas parasuicidas, que si no llegan a ser suicidas porque no se consuma el hecho, son signos de intentos de suicidarse observados como característicos en esta población. Nos estamos refiriendo al rechazo de alimentación o incluso ingerir alimentos que de por sí saben que le causarán daño a su organismo, negarse a recibir atención médica, consumir medicamentos o exagerar las dosis recetadas, provocarse graves heridas o lesiones, arrancarse sondas, el rechazo al aseo personal o recibir atención por parte del personal; en fin, un abandono total... Es como si "existieran, pero no vivieran", como lo mencionó la Dra. Ana R. de Palau en su conferencia "Del Existir al Vivir" (1998).

Preocupada por este tipo de conducta observada a través del trabajo de campo, y como parte de nuestra aportación a la Psicología Clínica, fue de nuestro interés realizar este estudio a fin de intervenir breve y rápidamente al adulto mayor, dada la condición de su edad y a otros factores que intervienen en la continuidad de su depresión. Los participantes viven permanentemente en una residencia, debido a que fueron internados por sus familiares o a solicitud de la comunidad mediante petición solidaria.

De esta manera, escogimos como modelo de intervención, a la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Leopold Bellak, debido a que por su método breve, lo consideramos indicado para aplicarlo a adultos mayores.

En el primer capítulo de este estudio se detallará el proceso del envejecimiento y sus aspectos psicológicos. A continuación, (en el segundo capítulo) realizamos una descripción de la depresión, la conducta parasuicida y algunas de las técnicas y modelos de intervención breve que se utilizan en la vejez, para finalmente, detallar la metodología utilizada en el estudio, con sus respectivas historias clínicas y el análisis cualitativo de los resultados obtenidos.

Es importante aclarar que los pacientes que participaron del estudio no son moribundos, pero dada su edad, se sienten muy cercanos a la muerte, ante la cual tratan de escapar y sobrevivir a la angustia que ésta les provoca.

Esperamos que la presente investigación resulte de ayuda al lector y brinde las herramientas para incursionar en tan nuevo campo, poco explorado, de la Psicología en nuestro país.

CAPÍTULO I: LA VEJEZ

1. LA VEJEZ

El término vejez siempre nos acompaña durante el proceso de nuestras vidas. A edades tempranas tenemos nuestro primer contacto mediante las relaciones con nuestros abuelos y abuelas, amigos de éstos, vecinos, conocidos. Es una noción que produce "respeto" y a veces temor. Muchos la perciben de tal manera, que la vislumbran como si faltara una eternidad para que se encuentren en el lugar que hoy ocupan estas personas, y no es de extrañarse esta actitud.

El mundo ha evolucionado, y con ello las personas, por lo que la esperanza de vida se ha elevado. No obstante, si nos remontamos al curso de la historia, nos encontramos con la realidad de que no es sino hasta hace pocos años atrás que el concepto vejez ha variado en nuestras sociedades. Anteriormente, en el siglo XIII, una persona de treinta años era considerada "vieja", y a principio del siglo XX, un hombre o una mujer de cuarenta años era considerado (a) personas de edad avanzada.

Hablar de la vejez suele remitirnos a todo lo que se ha perdido o declinado con la edad. Pareciera ser que "el viejo" no es más que una sombra de ese otro ser que fue. Tal es el horror que provoca esa imagen en aquellos que todavía son jóvenes de edad, que se les imposibilita pensar en ella en otros términos que no sea, el de la finalización de la existencia humana.

Un recorrido por diccionarios revisando los temas de vejez, de viejo, de anciano, permite extraer solamente la referencia al tiempo transcurrido en la vida de una persona.

Otras afirmaciones revelan indicaciones acerca de la posición social y familiar (jubilación-abuelidad).

A esta etapa se le ha denominado con una diversidad de nombres: tercera edad, luego se le agregó cuarta edad, vejez, ancianidad, senescencia, senilidad, gerontes, abuelos, y ahora, adultos mayores.

Se habla de adultos mayores para referirse a aquéllos que transitan entre los cincuenta y cinco (55) y los setenta y cinco años (75), lo cual se considera el período de envejecimiento; y de vejez y viejos, para los que están llegando a los ochenta y más. En el presente estudio, utilizaremos el término adulto mayor por considerarlo el que más se acerca a los objetivos del mismo.

La Asociación de Gerontología ha establecido el comienzo de la vejez a los sesenta y cinco (75) años y de los cincuenta y cinco (55) a los sesenta y cinco años (75) como el período de envejecimiento; pero cada vez más los sesenta y cinco (75) se van desplazando en la medida que la esperanza de vida también se alarga. Esto redundará en un mayor tiempo de envejecimiento, y es precisamente ésta, la etapa sobre la que nos interesa trabajar con más intensidad dadas las posibilidades de modificaciones que en ella pueden lograrse.

2. ALGUNAS TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD DEL ADULTO MAYOR

2.1 Erik Erikson

En su octava y última crisis, "integridad versus desesperación", nos habla que el adulto mayor al verse incapaz de volver a vivir de manera diferente, lucha por alcanzar el sentido de integridad y coherencia en su vida antes de dar paso a la desesperación.

Al lograr el éxito en las siete crisis anteriores (etapas de Erikson), adquiere un sentido del orden y significado de su vida. Entonces aparece la "sabiduría" como la virtud por excelencia en este período, convirtiéndose en un recurso psicológico y un poder intelectual en estos años. Ella incluye la aceptación de la vida que ha llevado (sin arrepentimientos), por lo que pudo haber sido o lo que pudo haberse hecho de otro modo; como también el aceptarse a sí mismo con sus imperfecciones y la de los otros, y la posible aparición de la muerte como el fin inevitable de una vida.

Si esta aceptación no se logra, aparece la desesperación aunada al sentimiento de escasez de tiempo para probar vías alternativas a la integridad.

Según Erikson, algo de desesperación es inevitable: "desconsuelo no sólo por las adversidades y oportunidades perdidas en su vida, sino por la vulnerabilidad y brevedad de la condición humana".

Concluye que si bien es cierto que ha terminado la etapa de la procreación, es posible aún la creación, ya que el adulto mayor puede disfrutar de "una experiencia mental y corporal enriquecedora" (1985).

2.2 Robert Peck

Hace referencia a la diferenciación del ego versus preocupación por el papel laboral, trascendencia del cuerpo versus preocupación por el cuerpo y trascendencia del ego versus preocupación por el ego, como las tres crisis principales (añadidas a las de Erikson), que se deben resolver en aras de su funcionamiento psicológico saludable.

Afirma Peck, que referente a la primera crisis, el envejeciente necesita redefinir su valor como ser humano, más allá de sus roles laborales, especialmente al momento de la jubilación. Al empezar a adaptarse a la pérdida de sus papeles laborales, necesita explorarse a sí mismo y encontrar otros intereses y fuentes de autoestima que reemplacen los que hasta ese momento guiaron y estructuraron su vida (sus antiguas funciones o papeles laborales); pero, sobre todo, necesita reconocer que su ego es más rico y variado que la suma de sus tareas en el trabajo.

Tras el deterioro físico, producto del proceso de envejecimiento, aparece la segunda crisis en donde superar la preocupación por la condición física y encontrar otras satisfacciones para su compensación se convierten en los fines del envejeciente.

Peck indica, que las personas que han acentuado el bienestar físico como la base de una vida feliz pueden precipitarse en la desesperación a causa de cualquier disminución de sus facultades o por dolores y molestias físicas. Los que, por el contrario, se concentran en las relaciones con la gente y en actividades absorbentes que no demandan una salud perfecta, pueden superar las incomodidades físicas.

Es por ello que consideramos desarrollar orientaciones más allá de la preocupación por el cuerpo en los primeros años de la edad adulta, debido a que hemos observado que es criticada constantemente por el adulto mayor en los últimos años de su vida.

Peck describe la tercera crisis, en función de la trascendencia de la preocupación por ellos mismos y la aceptación certera de su muerte inminente. Apunta que la adaptación satisfactoria de la idea de muerte "bien puede ser el logro más importante de los últimos años" (Peck, 1955, En Papalia, 1992). De esta manera, pueden llegar a percibir la propia muerte de manera positiva, reconociendo la forma en que han llevado su vida: a través de sus hijos, sus contribuciones a la sociedad y las relaciones personales que han forjado.

Finalmente, afirma que estas personas trascienden de su ego contribuyendo a la felicidad o el bienestar de otros.

3. EL ENVEJECIMIENTO

En la entrada de un nuevo siglo, el aumento de personas que logran llegar a la etapa del envejecimiento, se manifiesta de una forma instalada y creciente, en donde llegar a viejo, ya no es el privilegio de una minoría.

Hablemos un poco sobre este proceso. El envejecer es parte del ciclo vital; es decir, es una etapa de la vida que como todo fenómeno evolutivo humano, da cuenta de aspectos biológicos y psicológicos altamente signados por el espacio social en que se desarrolla. Dependerá en gran medida de estos factores, para que esta etapa sea vivida como prolongación y culminación de un proceso vital o como una fase de declinación y muerte.

Si fuéramos estrictos, deberíamos considerar el hecho de que se empieza a envejecer desde el momento en que nacemos; sin embargo, no es sino hasta que se asoman los tiempos de la cincuentena que realmente ponemos atención a que dicho proceso está ocurriendo en nuestras vidas.

Desde otra perspectiva, el envejecimiento es considerado como un proceso natural, gradual, de cambios y transformaciones en el ámbito nivel biológico, psicológico y social, que se estructuran en torno al tiempo.

Es en la cincuentena, que las personas comienzan a interrogarse con respecto a este tiempo, como nunca antes lo habían hecho. Ya no existe límite, ni "algún día", ni "ya habrá tiempo"; ahora la realidad implica acerca de lo que pasó, en lo que se vivió. Los cumpleaños van dejando su huella del transcurrir de los años, al igual que el crecimiento de sus hijos. El espejo es poco piadoso, sus amistades están iguales o mayores que él o ella, o desafortunadamente ya no están; y sus nietos le dan significado al término "abuelidad".

Los cambios se empiezan a notar... Por nuestras diferencias individuales, en lo que respecta a lo biológico, existen vejez diferentes ya que no todas las células ni todos los órganos ni todas las personas envejecen al mismo tiempo ni de igual manera. En lo corporal, la piel, los sentidos, la motricidad, van dando muestra del paso del tiempo. En el ámbito psicológico se producen cambios relacionados con la autoimagen, la autoestima, la vivencia de pérdida y el trabajo de duelo que lleva elaborar dichas pérdidas. Existen pérdidas con relación a lo corporal: la pérdida del cuerpo joven o la menopausia; pérdida de roles parentales, pérdida de seres queridos. Dichas pérdidas requieren una elaboración y ésta se hace a través del trabajo psíquico que es el duelo. La jubilación, la independencia de los hijos, las muertes cercanas son las más importantes por la incidencia que tienen.

3.1 Modelos de un Envejecimiento Satisfactorio.

3.1.1 La Teoría de la Desvinculación

De acuerdo a esta teoría, el envejecimiento se caracteriza por un alejamiento mutuo, en donde se reduce voluntariamente las actividades que se realizaban en el ambiente social.

Es de notar que nuestra sociedad estimula la segregación generacional presionando para que la gente se retire, dándole un significado correspondiente a "un patrón normal para lograr el mantenimiento del equilibrio". El envejeciente acepta con agrado este retiro y contribuye voluntariamente a él; de esta manera, su moral se mantiene alta.

En investigación realizada (Lieberman y Coplan, 1970), se concluyó que la desvinculación existe, pero es un proceso corto que toma alrededor de dos (2) años.

Esta teoría es criticada por aquellos quienes la consideran como una justificación de una cultura que desea "archivar" a los envejecientes, ya que al plantear que ellos mismos buscan la desvinculación, la sociedad justifica su falta de atención a sus necesidades (Hochschild, 1975).

3.1.2 La Teoría de la Actividad.

Esta teoría hace referencia al mantenimiento del adulto mayor en actividades como una extensión de la mediana edad.

Sostiene que cuanto más activo se mantenga, podrá envejecer de manera más satisfactoria, encontrando espacios y reemplazando a las actividades que perdió con la jubilación o la muerte del cónyuge o de amistades.

4. ASPECTOS RELEVANTES DE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL ADULTO MAYOR.

4.1 Mantenimiento de una Buena Salud.

La salud en la vejez es, en parte el resultado de cuidados sanitarios que ha tenido la persona a través de su vida; sin embargo, puede ser alterada en cualquier momento de la vida y tener todavía un efecto positivo.

Las necesidades de salud deben regirse de acuerdo a la edad. Una dieta, un régimen de ejercicios, la estimulación, el incentivo y la diversión, suelen cambiar con la edad.

Existen muchas alteraciones que evolucionan al grado de la cronicidad, mas sin embargo, el adulto mayor se adapta a ellas.

Lastimosamente, si las comparamos con cualquier otro grupo de edad, las personas mayores son probablemente, las que menos reciben educación con respecto a su salud.

4.1.1 Dieta y Nutrición.

Comer mucho puede conducir a la obesidad. Esta es la causa más importante de problemas de salud y de muerte prematura entre las personas de edad avanzada. Por otro

lado, no comer lo suficiente puede llegar a conducir a tener un peso por debajo de lo normal, con el cual el mantenimiento de la salud se dificulta. Los problemas dentales que producen pérdidas de dientes e incomodidad al comer, pueden también aumentar los déficits nutritivos; porque comer puede ser no placentero y producirle dolor; por ello se negará, en ocasiones, a comer la suficiente cantidad de alimentos adecuados.

El propósito de comer no es simplemente una adecuada nutrición. Comer debe ser agradable para ellos, por lo que deben comer alimentos que les gusten, siempre que su dieta esté razonablemente equilibrada.

El comer es un evento altamente social. En otros países, numerosos programas federales han intentado no sólo proveer de comidas nutritivas a los adultos mayores con bajo nivel de ingresos, sino también animarlos a que usen estas comidas para una interacción social placentera. Los hábitos de comida de las personas mayores que viven solos son erróneos, generalmente. Cinco comidas pequeñas en el día son generalmente consideradas preferibles que tres grandes (Howell y Loeb, 1969), y comer menos es indudablemente preferible que comer más de lo necesario o incluso, quizá, comer hasta el punto de encontrarse moderadamente lleno.

4.1.2 Sueño y Descanso.

Los patrones de sueño cambian. Ahora parecen dar más cabezadas, a veces cayendo en un sueño ligero mientras están viendo la televisión o están leyendo. Su sueño durante las

noches se realiza más a intervalos que el de las personas más jóvenes, desde el momento en que se despiertan más frecuentemente.

El insomnio es común entre ellos, pero es difícil saber si es inevitable que se produzca con el envejecimiento, o si su desarrollo es causa de una actividad reducida o de los frecuentes cortos sueños durante el día. Recurren entonces, a medicamentos que les ayuden a dormir, ya sean prescritos por un médico o comprados de su propia cuenta.

Es difícil saber si los cambios en los patrones del sueño son el resultado de cambios psicosociales en las circunstancias de la vida, si contribuyen a los déficits aparentes cognitivos o a la depresión, o si ambas o ninguna de estas relaciones tienen lugar.

4.1.3 Ejercicio y Movimiento.

Al igual que la comida, el ejercicio debe ser una combinación de placer y utilidad; y debe adecuarse con las necesidades de la persona mayor en concreto.

A esta edad, son apropiados los ejercicios que requieran sólo un poco de esfuerzo tales como andar, nadar, jugar tenis o al golf; para los muy viejos o aquéllos que están en silla de ruedas, el ejercicio es posible aunque a una más lenta velocidad que los que tienen mejor salud. La respiración profunda es recomendable como método de relajación, ya que mejora la capacidad pulmonar.

No debemos olvidar el uso de los ejercicios de yoga: movimiento lento de los músculos con un constante aumento de la resistencia; como tampoco el uso de la danza: se mueve el cuerpo como respuesta a la música, lo cual es saludable y divertido para estas personas.

4.1.4 Estrés y Adaptación.

También se presentan muchas fuentes de estrés, que suelen aparecerse al unísono. Cada tipo de estrés es posible que genere otros tipos, y la cantidad de estrés total es, a menudo, aumentada con intensidad. Así una mujer puede jubilarse, y al mismo tiempo enviudar, hacerse abuela o bisabuela y enterarse que tiene diabetes. Sin embargo, las personas mayores sobreviven a estas pérdidas y estrés, ya que poseen un buen espíritu y ganas de vivir; además de que si es cierto de que ocurren hechos que aumentan el nivel de estrés, otros tipos desaparecen con la edad, como lo es la tarea de ser padres o madres, el trabajo competitivo, la lucha por su autonomía, etc.

4.1.5 Uso de Medicamentos

Se presentan problemas con el uso de medicamentos, ya que no es raro encontrar a una persona mayor que posea hasta tres médicos de diferentes especialidades, los cuales cada uno receta sin tomar en cuenta los otros medicamentos que toma el paciente. Esto trae como consecuencia una mezcla de medicamentos que anula el efecto de otros, causando, en ocasiones, hospitalizaciones provocadas por efectos nocivos, debido a que existe "una menor tolerancia y una mayor sensibilidad a las medicinas de manera que los pacientes viejos requieren una dosis terapéutica menor de medicamentos psicoactivos... y son más propensos a tener efectos secundarios y reacciones adversas a las medicaciones que los pacientes jóvenes" (Eisdorfer y Stotsky, 1977, pág. 726).

4.2 Enfrentarse con el Envejecimiento.

A pesar de los problemas reales de salud, desprendimiento, cambio de roles, y otros que se le presentan al adulto mayor, parecen enfrentarse a ellos de manera impresionantemente efectiva. Entre las razones de dicha adaptabilidad tenemos:

- a- Los decrementos tienen lugar muy gradualmente por lo que se pueden adaptar a los cambios poco a poco, casi sin darse cuenta de que lo están haciendo.
- b- Otras personas de su misma edad muestran los mismos signos y este hecho se comunica entre ellos, a veces de forma abierta y a veces sutilmente.
- c- Se ajustan a los problemas crónicos y continuos para vivir más agradablemente, aunque el problema puede parecer mucho mayor de lo que inicialmente se pensaba.
- d- Si en otros aspectos se está satisfecho, la importancia de los déficits probablemente disminuye. Por ejemplo, si las relaciones familiares crecen y permanecen, o si las actividades sustitutivas son efectivas y están disponibles, el valor de una función reducida o de una condición acrítica se podrá soportar mejor (las diferencias individuales son importantes).
- e- Como han observado en sus familiares, amistades y conocidos, los cambios y las pérdidas acontecidas en sus vidas, han ensayado, en cierta manera, aquello que les gustaría ser cuando sean viejos y así se han anticipado a la posible incomodidad de los cambios actuales.

Estos cambios físicos y mentales no son importantes; su importancia se hace mayor por el hecho de que son acompañados con frecuencia por la pérdida de los roles familiares y

sociales, por la muerte de los amigos íntimos y miembros de la familia, por una soledad social que ha aumentado, por un salario reducido y otras dificultades.

Mi tesis más importante es que el envejeciente tiene recursos personales para ser capaz de continuar una función con una efectividad considerable en contra de los decrementos y las pérdidas, y que este trabajo debería ayudarles a sentirse más fuertes en lugar de servir para lamentar las pérdidas.

5. LOS MIEDOS DEL ENVEJESCENTE.

Los miedos asaltan al envejeciente, a algunos con mayor y a otros con menor intensidad. Muchos miedos están en relación con la toma de conciencia de la idea de tiempo, con la idea de vejez y con la idea de la muerte propia.

Al encontrarse con la idea de tiempo, se pone en juego el pasado, lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, asignaturas pendientes o situaciones que se hubiera querido vivir distinto; el presente con el tiempo libre como nunca se tuvo antes y qué hacer con él. Ya no cumplen los roles que daban identidad, como el laboral o la educación de los hijos.

El aburrimiento y la rutina pueden ensombrecer este presente, la soledad es compañera muy temida. El tiempo futuro trae de la mano la idea de la vejez y de la muerte.

Constantemente decimos que es saludable enfrentar los miedos, ya que negarlos sólo sirve para transformarlos en terribles fantasmas. También se nos escucha mencionar que al encontrarse el adulto mayor con los cambios que le suceden en el ámbito biológico, psicológico y social, esto le provoca un monto de inquietud, de desasosiego, de

incertidumbre, de inseguridad y por supuesto, de miedo. Miedo a lo nuevo, a lo desconocido, o más aún a lo mal conocido.

Muchas veces se trata de no mirar los cambios, negarlos, disimularlos, no querer asumirlos. Se puede tener distintas actitudes frente a esto pero es beneficioso estar dispuesto al cambio.

Desde la toma de conciencia del tiempo se desencadenan:

- El miedo a la vejez.
- El miedo a la soledad.
- El miedo a la muerte.

La idea de tiempo es inquietante, porque nos indica que somos mortales, finitos, perecederos y aparece como mensajero de la ineludible meta final. Este experimentar en el transcurso del tiempo y en especial ese final es angustioso porque golpea duramente sobre nuestro narcisismo. Y entonces aparecen las preguntas,... ¿cómo viví?...¿qué hice?...¿qué dejé de hacer?

Ya no hay "algún día" como cuando era joven; se siente que el tiempo no es piadoso y lo vemos marcando huellas en sus cuerpos.

Se lo constata con los cambios que ha tenido y es común que se diga... ya no es tiempo para tal o cual cosa... pero es necesario que reconozca que sí es momento para muchas otras, para no quedarse paralizado o anclado en el pasado. Esta vivencia de transitoriedad que da el tomar contacto con el tiempo desencadena la interrogante sobre el porvenir y lo que éste presenta a menudo con la cara de la vejez y la muerte. Hay una cierta resistencia a envejecer; la idea de la vejez produce desconcierto, sensación de desamparo, soledad y sufrimiento psíquico.

El miedo a la vejez tiene que ver con la idea de que está instalada en lo imaginario: declinación de todas las funciones, deterioro físico y psíquico, y la temible falta de autonomía que lleva implícita la dependencia. Este miedo comúnmente lo observamos en la mayoría de los envejecientes.

Miedo a la incapacidad motriz, a los trastornos de los sentidos, de la memoria, del juicio, pero básicamente a no poder autovalerse.

El miedo a la soledad es muy característico en esta etapa. Estar sólo no significa lo mismo que sentirse solo. La soledad es una vivencia y no depende de la cantidad de contactos que se tenga. Vivir solo puede significar o no, sentimientos de soledad. La soledad como apunta Quinodoz: "...tiene dos rostros, puede ser una mortal consejera, pero, cuando se la domestica, puede convertirse en una amiga infinitamente preciosa...domesticar la soledad no es suprimir la angustia, sino aprender a hacerle frente y a utilizarla para ponerla al servicio de la vida"(1998).

Algunas veces esta soledad está vinculada a carencias afectivas anteriores y otras a fantasmas que rondan al envejeciente y más aún al viejo. Es muy común que la inactividad y el aburrimiento abonen la soledad.

Se debe reforzar la actividad (corporal, intelectual y social), ya que motiva al envejeciente, aportándole una imagen vital, el cual es el mejor antídoto para la soledad. Además le ayuda a conocerse y, lo que es más importante, a poder vivir consigo mismo.

Estas actividades tienen que tener un fin o una motivación a realizar: caminar, ir a un curso, a un encuentro con amigos, al cine, a una actividad programada, a una salida con los nietos, etc.; las cuales deben generar placer al envejeciente, debido al contenido de la misma o al contacto social que permite.

Tener programado el día, la semana, ayuda a combatir ese terrible aguijón que aparece al despertarse en las mañanas: se siente un vacío...y ahora qué?.

La muerte es algo que siempre está presente en nuestras vidas, pero se evidencia en forma más creciente en esta etapa de la vida. Ahora se hace presente y aparece como propia. Ya no son los otros los únicos que mueren, ahora la pregunta es sobre la propia muerte. Entonces, los envejecientes, se comienzan a preguntar acerca de las pérdidas, a resignificarlas y a abordar los duelos no elaborados en ese momento.

No es posible vivir la propia muerte, porque no hay registros ni en la conciencia ni en el inconsciente de su experiencia. La única experiencia cierta es la de "no ser" y esto a través del conocimiento que nos da la muerte de otros seres vivos.

La idea de la muerte suscita temores desde dos perspectivas:

- Con relación al acto de morir, y
- al "después" de la muerte.

Esta situación crea un temor. Entonces aparecen sentimientos de posible sufrimiento, pero, en especial, de extrema soledad y desamparo.

En cuanto al "después", se agrega al miedo a lo desconocido. Algunos experimentan alivio si su creencia los lleva a pensar en nuevas vidas o reencarnaciones, como los orientalistas, o bien al encuentro con Dios o con seres queridos.

El poder hablar de estos miedos, escribirlos, dramatizarlos tantas veces como sea necesario, hace que dejen de ser temas tabú, prohibidos y peligrosos y dejen de constituirse en fantasmas.

5.1 La Idea de Muerte Propia en los Adultos Mayores

Debido al aumento de la expectativa de vida, la muerte se ha convertido en un fenómeno de la edad adulta tardía.

A edades tempranas, las personas raras veces tienen que enfrentarse con la muerte, por lo que cuando llegan a la vejez, momento en que se presencia de manera constante, no está probablemente preparado para aceptar su inminente realidad.

Diariamente vemos cómo se utilizan eufemismos para referirse a ella y de esta manera, escapar momentáneamente de su presencia. Entonces escuchamos términos como "fallecimiento", "pasar a mejor vida", el "encuentro con el creador", para referirse simplemente a la palabra morir o muerte.

Cotidianamente, experimentamos pequeñas muertes, pequeños finales. En cada etapa de nuestra vida, la infancia, la adolescencia, la etapa adulta, la vejez, ocurren momentos decisivos, puntos de inflexión.

Una gama de enfoque plantea aproximaciones acerca de la muerte como un hecho cotidiano, algo implícito en la vida, tal vez la única certeza que tiene el hombre.

Trabajamos con la idea de la muerte propia como ese hecho universal y necesario que tiene su repercusión en cada uno de los humanos en forma singular y única.

Si trabajar la muerte es en general problemático, hacerlo cerca de los que están por morir es aún más penoso, difícil, despertando sentimientos encontrados.

En nuestro enfoque, abordar la idea de la muerte propia es tanto más angustiante como necesario, si entendemos como tal querer ayudar a que la calidad de vida en lo que hace

una actitud psíquica saludable, sea una realidad. Nos vemos entonces con la representación de muerte que tienen los adultos mayores.

Quienes se encuentran en el proceso del envejecimiento experimentan la otra cara de la muerte: ya no solamente son los otros los que mueren, es la muerte propia la que comienza a preocuparlos y se presenta de la mano la idea del tiempo que les queda. Es entonces, de acuerdo a Salvarezza (1996), cuando la muerte (en el nivel consciente) en lugar de ser una concepción general o un acontecimiento experimentado en términos de un ser, se convierte en un problema personal: la propia muerte, la propia mortalidad real y actual.

El tiempo, se convierte en el más implacable, tirano e inexorable de las dimensiones en donde transcurre el hombre, nos recoge cuando nacemos y nos hace bajar cuando nuestro reloj genético o el destino o nuestro plazo ha terminado. Y ese contacto con el tiempo, con el tiempo transcurrido y con el tiempo por venir, es el que hace que el adulto mayor tome conciencia de él.

Ocurre que el espejo y la mirada del otro muestran que se ha cambiado, que todo deviene del pasado a poco de ocurrir, se da cuenta de lo efímero e irrecuperable y entonces quiere detener, atrapar al tiempo.

Aparecen la angustia y las quejas por lo no vivido, el duelo por las pérdidas se pone en lucha y junto a él, la idea de la vejez y de la muerte.

La vivencia de lo inevitable, de la finitud y transitoriedad del ser humano, la idea de ser mortal es tomada de distinta forma por los adultos mayores. La propia muerte no puede ser vivida. La única vivencia cierta es la de "no ser".

El monto de angustia que suscita el pensar en la muerte es en ocasiones muy reprimido movilizandando defensas construidas a través del tiempo. Los temores que desencadena están relacionados al acto de morir, o al después de la muerte.

Sea que se considere el morir como la instancia final o como el tránsito a otra cosa, esto despierta miedo, sentimiento de posible sufrimiento, pero en especial, de extrema soledad y desamparo. En torno al después, se agrega el miedo a lo desconocido; puesto que no soporta la muerte porque significa no tener y trata de negarla o de ponerla fuera de la vista de los otros (la muerte solitaria con los respiradores, sondas y sueros como únicos acompañantes).

El temor a estar solo surge como uno de los más persistentes. Es tan fuerte que evita que rompa con las relaciones negativas. Es preferible para ellos, una relación negativa o destructiva que estar solos. Hay quienes harán todo tipo de sacrificios para no exponerse al sentimiento de vacío.

Es de gran influencia en dichas actitudes, la historia personal en cuanto a pérdidas vividas y la forma de elaborar los duelos frente a las mismas y también por el contexto afectivo con el que cuenta el adulto mayor.

Al respecto, el Dr. David Slavsky (1998) nos señala que en los adultos mayores, el problema no deriva primordialmente del duelo anticipado. Es la suma de duelos previos estancados lo que le molesta; por lo tanto, como lo siente diferente y no lo quiere ver, lo segrega, lo aísla, y es precisamente esto, lo que interfiere el investimento de percepciones placenteras. Precisamente, para la salida de estos duelos, la valoración del tiempo efímero es relevante.

Hay una problemática centrada en la elaboración de duelos y resignificación de lo vivido: el adulto mayor puede tomar una actitud de negación o aceptación de la idea de la muerte propia y dentro de la aceptación, hacerlo en forma pasiva y resignada, llevando implícita su espera. Es común que se presenten adherencias libidinales a representaciones previas: por duelos patológicos respecto al cuerpo, a identificaciones anteriores (el lugar del predicamento perdido en lo familiar y social), por los mitos y prejuicios que marcan restricciones. Si esto predomina, la subjetividad permanece inmersa en el doloroso terreno de la nostalgia.

Elizabeth Kübler-Ross (1969), una psiquiatra que trabaja con personas moribundas y que ha despertado el interés por la psicología de la muerte y la agonía, consideró la aceptación como la última fase del proceso de morir. Para ella, era la conformidad inevitable de la muerte después de la negación, la ira, la negociación y la depresión. Sin embargo, otros profesionales del área critican los mencionados "estados" considerándolos poco verdaderos, ya que estos términos son utilizados en otras teorías como las de Piaget; además de que no todas las personas atraviesan por los mencionados estados, o mas bien se manifiestan en ellas, en secuencias diferentes; así, una persona puede experimentar ira y luego depresión, o sentir ambas a la vez.

Por lo contrario, señalan que pueden mostrar "una mezcla de conflictos o reacciones alternas que van de la negación a la aceptación con variaciones que son afectadas por la edad, el sexo, la raza, el grupo étnico, la posición social y la personalidad" (Butter y Lewis, 1982, En Papalia).

Aquí nos interesa la preparación psicológica de los sujetos normales respecto al fallecimiento personal. Por lo tanto, la aceptación de la muerte se puede definir ampliamente como estar psicológicamente preparado para la salida final.

Por otro lado, la percepción de Neimeyer (1997) de la aceptación de la muerte, proviene de su investigación acerca del envejecimiento exitoso. Según él, los envejecientes proyectan una complacencia a la hora de hablar de la muerte y por su aparente falta de ansiedad ante la misma, ya que las pérdidas le van ayudando a reorganizar los pensamientos y sentimientos para aceptar su propia muerte. Esta afirmación también es descubierta por Kübler-Ross quien agrega que las personas se dan cuenta de la proximidad de su muerte, aunque no se le haya dicho nada al respecto.

Esta observación es corroborada mediante hallazgos investigativos que concluyen que la mayoría de los ancianos no tiene miedo a la muerte en sí y les gusta hablar de ella (Kastenbaum y Aisenberg, 1972; Wass y otros, 1988). En algunos casos se ha detectado una apremiante anticipación de la misma para liberarse finalmente de la esclavitud y del peso de un cuerpo frágil. Por ello, la ansiedad baja ante la muerte, no necesariamente refleja mecanismos de negación, y la aceptación parece ser la actitud destacada entre los adultos mayores.

Hay quienes opinan que no es que los viejos tengan menos miedo a morir que las personas jóvenes, sino que simplemente están negando su miedo. Existen varias explicaciones para este hecho: ellos reconocen que tienen un futuro relativamente corto, en muchos casos, ni su futuro ni su presente es tan atractivo como el de las personas más jóvenes; son conscientes de que, en general, la expectativa de vida se estima aproximadamente de los sesenta y cinco (65) a los setenta y cinco (75) años, y si han vivido

más allá de la misma, sienten que han recibido lo que estaba previsto que recibieran; han tenido que enfrentarse con innumerables pérdidas, de modo que enfrentarse con las que acompañan a la muerte está más relacionado con las experiencias previas y se logra con más efectividad (Kalish, 1981).

Por otro lado, Norman Brown (1998), ha señalado que sólo una persona que no haya vivido su vida tiene miedo a morir. Si la ha vivido de la forma en que quería, no le teme a la muerte. El miedo a morir se vincula con las metas de quien la persona cree que tiene que ser en vez de quien se es.

Entre tanto, Stanley Keleman (1998), está de acuerdo en que parte del miedo a morir y a perder entusiasmo de vivir, surgen al conceptualizar el futuro y quedar sujetos a decepciones y catástrofes. El miedo a morir puede provenir de la pérdida de expectativas que se tenían del futuro. Una parte del vivir consiste en aprender a corregir algo de las imágenes equivocadas a medida que se crece. Abandonar lo que ya no necesitamos, podría también incluir algunas de las ideas hacia el futuro.

Gracias a la investigación, a la exploración de los aspectos morales, emocionales y prácticos que se relacionan con la muerte, recientemente existe una actitud más favorable hacia ella, reconociendo la importancia de integrarla como parte de la vida; de manera tal que se perciba este final inevitable de la vida, lo más positivo posible. Estos aspectos son estudiados por la Tanatología o estudio de la muerte y la agonía, como parte del proceso de la muerte, la cual, en los últimos años ha tenido gran auge.

5.2 Características del Duelo por Pérdida en los Adultos Mayores.

En los últimos años, el número de personas vivas septuagenarias u octogenarias ha crecido y continúa creciendo significativamente. A ello se une el aumento de personas, que, a edades avanzadas, han experimentado pérdidas.

Progresivamente, estas pérdidas van marcando a la persona, instalándose, con el tiempo, temores que detallamos a continuación:

- Interdependencia: Si la persona era muy dependiente del objeto perdido, para realizar ciertos roles o actividades, esto le conducirá a un ajuste más difícil después de la pérdida.
- Pérdidas múltiples: La pérdida de amistades y miembros de familia en períodos breves de tiempo, puede hacer que el adulto mayor se desborde y no elabore sus duelos. Estas pérdidas incluyen las de ocupación (empleo), las de su medio ambiente, vigor físico: discapacidades físicas, disminución de las propias sensaciones y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral)
- Conciencia de muerte personal: Al experimentar la muerte de personas de su generación (cónyuge, amigos, hermanos), puede aumentar la conciencia personal de la propia muerte, lo cual puede llevarlo a experimentar ansiedad acerca de su existencia.
- Soledad: Si viven solos, esta situación puede llevarlos a tener intensos sentimientos de soledad, intensificados por vivir solos en los mismos ambientes físicos que habían compartido con la persona que falleció.

- **Ajuste a los roles:** En los hombres, la pérdida es más desorganizadora ya que tienen que afrontar nuevos roles y necesidades de ayuda para adaptarse a ellos. En cambio, en las mujeres, su capacidad para ejercer los roles es más positiva, ya que confían en sí mismos para realizarlos.
- **Grupos de apoyo:** La red de apoyo social ha disminuido en esta etapa, y el aislamiento es pronunciado. Los grupos de apoyo son de utilidad y ofrecen un contacto humano importante a aquellos que están experimentando niveles altos de soledad.
- **Contacto físico:** Si han experimentado la pérdida a su pareja conyugal, sienten una gran necesidad de "ser tocados". Sin su pareja, encuentran difícil satisfacer esta necesidad.

6. EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

Durante el transcurso del proceso de envejecimiento, la persona experimenta cambios, que a veces (más frecuente de lo que se nos puede ocurrir), existen impedimentos, generalmente físicos, que no le permiten implementar el manejo de su vida en su totalidad.

Generalmente desean permanecer en el vecindario donde han vivido, ser tan independientes como les sea posible, tener intimidad, sentirse seguros y tener algún contacto social (E.M. Brody, 1978; Lawton, 1981, En Papalia, 1992); sin embargo, como suele ocurrir desafortunadamente, a veces finalizan su vida marginados por una sociedad, a la cual durante muchos años, le brindó todo su esfuerzo a través de su trabajo diario. De esta manera, terminan viviendo en asilos o residencias especiales para su atención, debido

a sus necesidades médicas o a circunstancias familiares; aumentando con ello, las cifras anuales de ingreso a estos centros.

Estos lugares deben proveerle albergue, alimentación variada y especiales como también, participación en actividades recreativas que les ayude con la vida diaria que debe sostener de ahora en adelante.

Son atendidos por personal que supervisa la condición física y mental de los residentes, quienes por lo general, presentan discapacidades físicas o mentales que hace que, vivir independientes, sea un peligro para su vida.

El personal debe haber recibido un entrenamiento especializado en la atención de personas de edad avanzada, debido a las características propias de esta población. Cuidar a una persona que está muy enferma implica mucho trabajo, por lo que es necesario un personal profesional capacitado para responder a las necesidades de los pacientes con enfermedades, ya sean agudas o crónicas.

Es importante mantener la calidad de vida en los residentes. No debemos olvidar sus derechos. Hay quienes consideran el hecho de que la persona pierde o cede su derecho a tomar decisiones sobre su cuidado médico, administración de sus recursos económicos o control del tipo de actividades que tendrán que participar en la residencia. Esto no es verdad. Debe tener los mismos derechos que cualquier otro ciudadano del país, e incluso, ciertas protecciones especiales le son garantizadas por ley.

Toda persona que ingresa tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad; como también a decidir su propio itinerario (horario), incluyendo la hora en que desea dormir, y elegir las actividades en que desea participar (siempre y cuando no se interrumpa el plan de cuidado). No tienen que perder su individualidad ni sus derechos humanos básicos de

apoyo y amistad. Todos necesitan tener el mayor control posible sobre los eventos de sus vidas cotidianas. Deben tener la libertad y privacidad para llevar a cabo sus encomiendas personales; que incluyen desde el manejo de sus propios recursos económicos (si están mentalmente capacitados), hasta las decisiones de decorar su área de vida con sus artículos favoritos y mantenerla, siempre y cuando no interfiera con los derechos, salud o seguridad de los demás residentes. Pueden asignar a otra persona en quien confíe y nombrarlo su tutor legal y/o financiero para la administración de su propio dinero, y en el caso de que la administración de la residencia lo haga, debe ser con consentimiento del residente. Este tutor también se le podrá dar poderes de toma de decisiones con respecto a emergencias médicas. Igualmente, se le debe respetar la privacidad en documentos como el correo personal, a menos que el adulto mayor lo apruebe así. También deben de poder participar en la planificación y decisiones de su cuidado (plan de tratamiento) y tener el derecho de leer sus archivos médicos y de consultar su propio médico. Los residentes sólo deberían ser restringidos cuando médicamente sea indicado. No tenemos conocimiento de que en nuestro país existan leyes al respecto; sin embargo, en otros países existen legislaturas que prohíben el uso de restricciones de tipo físico o mediante sustancias químicas a los pacientes de una residencia para ancianos, ya sea como un método de disciplina o para la conveniencia del personal. Aseguran que este tipo de restricciones, aumentan las probabilidades de que los residentes desarrollen incontinencia urinaria o fecal, mala circulación sanguínea e hinchazón. Afirman que también tienden a disminuir su habilidad de funcionamiento y autoestima, y a sufrir de depresión, ira y tensión emocional. Tampoco están más seguros que si se encuentran en libertad, ya que aumentan las probabilidades de que sufran lesiones severas cuando caen (Guía para elegir un asilo de

ancianos/1999). Aún más importante, el personal siempre debe respetar la dignidad de cada individuo y, siempre que sea posible, permitir, a los residentes, la libertad de desplazarse a su gusto. El lugar debe tener un sistema establecido para mantenerlo a salvo de la negligencia y el abuso, lo mismo que para prevenir el robo de la propiedad privada.

En lo que respecta a servicios externos a la institución, el residente mantiene sus derechos de compartir tiempo privado con sus visitantes cuando lo desee, siempre y cuando sea una hora razonable e igualmente, a negarse a este derecho, si así lo desea. Otro aspecto, es el de las llamadas telefónicas. Tampoco pierde sus derechos a hacerlas o a recibirlas en privado. Debe tener acceso a una variedad de servicios sociales que incluyen consejería, mediación de disputas con los residentes, asistencia en consultar a profesionales en leyes o de finanzas y en la planificación de ser dado de alta (salir del asilo, siempre y cuando no intervenga o ponga en peligro, la vida del paciente); puesto que, su estadía se inició de manera voluntaria y no se renuncia al deseo de mudarse; sin embargo, los reglamentos indican que debe notificarlo previamente a la administración. También existe la contraparte de que la administración no puede prescindir de un residente a menos que sea necesario por el bienestar, la salud o la seguridad de los otros residentes; que el estado de salud del residente se haya deteriorado al punto de que el personal a cargo ya no pueda atenderlo; o que el residencial sea cerrado.

Es de relevancia, la atención amable y directa que brinde el personal a los visitantes, especialmente aquellos que son familiares de los residentes. Deben informar acerca de la condición física y mental en que se encuentra el residente y animar a los familiares a que los visiten más frecuentemente, y explicarle su importancia en el mantenimiento o mejoramiento de la salud del envejeciente.

Pero muy poco de los derechos descritos en las líneas anteriores reflejan la realidad. La moneda nos muestra su otra cara. La mayoría de los residentes no desea vivir en estas instituciones pues sabe lo que les espera. Permanece en ellos la percepción de que estos sitios aumentan el profundo sentimiento de rechazo de parte de los hijos.

Muchas personas expresan no desear llevar a sus familiares allí. Llevan a sus padres con renuencia, disculpas y un gran sentido de culpabilidad al dejarlo institucionalizado; sin embargo, dicha expresión es ambivalente ante el hecho de prácticamente abandonarlos, situación que se evidencia por las carentes y esporádicas visitas que recibe de sus familiares, una vez internalizados.

No todos los que llegan allí lo hacen por voluntad propia, en un alto porcentaje son los familiares quienes han tomado la decisión sin tomar en consideración la opinión del adulto mayor, futuro residente.

En muchos casos, la institución puede verse también influenciada o coaccionada por el deseo de los hijos o familiares. Algunos piensan que el anciano ya no tiene capacidad de decidir por sí mismo y es legítimo que el pariente más allegado lo haga por él; mientras que otros creen que debería contemplarse la decisión del anciano y después buscar el modo de solucionar una determinada situación.

Una vez institucionalizados experimentan pérdidas, las cuales se hacen, cada vez, más continuas. Algunos de sus compañeros mueren, otros enferman gravemente y deben ser trasladados a otra sección de la institución. También experimentan el traslado del personal a otra parte (lejos de la institución donde residen). Bienenfeld (1988, En Anne Alonso, 1995) sostuvo que lo más útil es reconocer la ubicuidad de estas pérdidas y ayudar a los enfermos con los sentimientos contradictorios acerca de las mismas, sus sentimientos

acerca de realizar cualquier tipo de compromiso hacia otros y sus temores ante su propia vulnerabilidad.

La mayor tristeza de estas instituciones son los problemas que se presentan a nivel de los servicios que se ofrecen, los cuales son altamente criticados por su falta de adecuación. Y es que dichas instituciones no pueden funcionar de la manera más adecuada posible debido a los altos costos que no van de acuerdo a sus presupuestos.

Fácilmente podemos encontrar en estos lugares personas mayores que se encuentran débiles, sentados durante todo el día mirando la televisión o sin saber lo que realmente están haciendo; pueden tener incontinencias, pueden no ser capaces de alimentarse por ellos mismos o aparentemente ignoran dónde están, e incluso quiénes son.

Aunque son muy pocos en esta condición, este estado puede ser mejorado a través de un tratamiento psicosocial apropiado.

Pocas instituciones (a largo plazo) han intentado dar estimulación intelectual o sensorial a sus pacientes. El presupuesto le impide contratar personal adicional, situación que es claramente percibida a través de su reducción durante el período nocturno y durante los fines de semana. A veces, la capacidad de responder del personal (por los recursos que tiene a su alcance) es tan mínima, que sólo un trabajador perseverante continuaría tratando de provocar sus reacciones. La mayoría de los trabajadores hacen las cosas para los pacientes en lugar de ayudarles a que las realicen por ellos mismos; es decir, se dan por vencidos con los pacientes, con lo cual estos caen en el abatimiento y tornan sus pensamientos y sentimientos hacia su interior.

La mayoría de sus trabajadores no han recibido el entrenamiento para el manejo especial de personas mayores; y si es así, no ha habido una continuidad en dicho

entrenamiento. Tampoco son bien pagados, a muy pocos les gusta su trabajo o no se identifican con el trabajo con personas con confusión y enfermas, como generalmente se encuentran los residentes.

Los administradores están tan ocupados en actividades del funcionamiento diario, que tienen muy poco tiempo para considerar el entrenamiento personal y muy poca energía para crear programas especiales necesarios y las interacciones sociales que podrían ayudar a sus pacientes.

Lo realmente triste es el hecho de que una vida deba acabar en la atmósfera despersonalizada de una institución, lejos de los amigos, de la familia y de la comunidad en la cual esa vida se desarrolló. La verdad es bien conocida por los residentes y para todos los demás: para la mayoría, es la última parada antes de la muerte.

Kayser-Jones (1982) considera que para la saludable convivencia del adulto mayor en éstos centros, es recomendable que el mismo tenga acceso a un personal calificado en el cuidado de gente de edad, un adecuado programa de seguro gubernamental y una estructura coordinada que pueda otorgar los diferentes niveles de cuidado que sean necesarios.

El albergue ideal debe irradiar vitalidad, ser acogedor, seguro, higiénico y atrayente. Debe ofrecer actividades estimulantes y oportunidades para que ellos socialicen con personas de ambos sexos y de todas las edades. También debe habitar la suficiente intimidad de manera que los residentes que deseen tener una vida sexual activa tengan la oportunidad de hacerlo. Igualmente, debe ofrecer una amplia gama de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación. Los residentes serán más felices en un lugar como éste y, asimismo, sus visitantes.

Desafortunadamente, muchos de estos sitios distan de estas condiciones. A veces sólo reúnen los mínimos requisitos establecidos por ley en cuanto a sanidad se refiere. De allí la necesidad de elevar en ámbito legislativo la normalización del cuidado de estas personas en estas instituciones, defender y proteger sus derechos y contribuir a garantizar el bienestar social, psicológico, físico y mental de los adultos mayores.

CAPÍTULO II: PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ.

1. PSICOGERONTOLOGÍA.

1.1 Prejuicios, Mitos e Ideas Erróneas Acerca del Envejecimiento y la Vejez.

En nuestra cultura occidental, se han desarrollado una serie de ideas erróneas acerca del envejecer y la vejez, los cuales funcionan como mitos o prejuicios; perjudicando la percepción del buen envejecer y dificultando, de esta manera, una adecuada inserción del adulto mayor a la sociedad.

Estos prejuicios que están incorporados en el pensar de los ciudadanos, funcionan determinando actitudes negativas frente al proceso del envejecimiento, acentuándolos aún más, en las personas de edad avanzada.

Pero estas ideas no surgen azarosamente, sino que son el producto de un tipo de sociedad cimentada en conceptos de productividad, consumo, tecnología, en donde los jóvenes y los adultos pertenecen a la rueda productiva, excluyendo a los adultos mayores y a los "viejos", ya que la jubilación actúa como barrera demarcatoria dejando afuera de este círculo a todos aquellos que cumpliendo 60 o 65 años engrosan las filas de los llamados "pasivos", obligándolos a replegarse sobre sí mismos, a un reposo forzoso. Y esta es la primera idea errónea: la pasividad.

A ello, se han unido teorías en donde se la consideraba una conducta "adaptativa, universal y necesaria" (teoría de la desvinculación), a la que rápidamente se le opusieron las teorías del apego y la actividad.

Que el adulto mayor busque el reposo, la inactividad, la soledad, la espera pasiva del final no son sino otras ideas erróneas, ya que decir actividad no significa siempre ni trabajo remunerado ni juventud.

L. Salvarezza (1991), se refiere a este fenómeno observado en la sociedad con respecto a las actitudes negativas hacia los viejos. Lo ha denominado "el viejismo", lo cual significa rechazo, tendencia hacia la marginalización, temor, desagrado, negación, agresión. Todas ellas discriminan a la persona que envejece.

Esta actitud, transmitida por la cultura, se ha incorporado en el pensar del hombre a través de los años y depende mucho de las identificaciones que desde pequeños aprendemos y posteriormente actuamos con nuestros mayores.

Igualmente, Salvarezza enfatiza en otro concepto: la gerontofobia, la cual es considerada como otro tipo de actitud, específicamente fóbica, que tiene como base el prejuicio hacia el desplazamiento de fuertes temores, con causas personales, por vivencias individuales, sobre los viejos.

2. LA DEPRESIÓN.

Disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, mostrados a través de un rostro deprimido, suelen encontrarse como síntomas en las depresiones graves en los adultos mayores. También suelen observarse actitudes de desesperanza tales como: la expresión verbal de que "la vida no vale la pena", "no tiene ganas de seguir viviendo", "nada es placentero", "es una mala persona y no merece seguir viviendo". En tanto que en

las depresiones menos graves suele observarse la sensación en el paciente de sentirse deprimido o que es infeliz, síntoma que se agudiza en las mañanas.

Por otro lado, podemos encontrar una serie de síntomas que pueden estar asociados con la depresión, sin que existan quejas por parte del paciente. Bellak los ha denominado "equivalentes depresivos", caracterizados por una sensación de fatiga general, dificultad para tomar decisiones, pesadumbre, insomnio, falta de apetito, estreñimiento, entre otras; sin embargo, pueden ser consistentes con el diagnóstico de depresión.

Existe una amplia gama de clasificaciones de depresiones. Si hacemos un recorrido por la literatura existente, nos encontramos con intentos por distinguir las diferentes variedades de la depresión. Así, se diferencia la depresión endógena de la reactiva o exógena, las psicóticas de las neuróticas y las asociadas con el embarazo.

Dinámicamente, pueda que no existan tales diferencias; sin embargo, suelen enmarcarse en el grado de intensidad y gravedad del deterioro del yo, en el grado de regresión y en las variaciones que surgen en la observación de los factores precipitantes.

Se debe realizar una distinción entre depresión y aflicción o duelo. Esta última es una reacción natural, la cual debe estimularse para evitar que se desarrollen síntomas patológicos. Esto no quiere decir que negamos que la presencia de depresión, puede complicar el proceso de sufrimiento alargándolo e intensificándolo indebidamente.

Freud, al iniciar en *Duelo y melancolía* (1917) lo que constituyó posteriormente en la comprensión de los trastornos depresivos, trató de ir más allá de la enumeración de síntomas para buscar una condición básica en los distintos tipos de depresión, caracterizando a ésta como la reacción a la pérdida real o imaginaria de un objeto: una persona amada, o la pérdida de una abstracción que ha tomado su lugar. Al plantear el

fenómeno como una "reacción", no se refería a la pérdida en sí misma, sino cómo esa pérdida queda significada, qué fantasías inconscientes y pensamientos conscientes organizan la manera en que la pérdida es sentida. De esta manera, la verdadera pérdida de objeto requiere, desde el punto de vista de la subjetividad, que junto a la persistencia del deseo por el objeto, se lo represente como inalcanzable; es decir, se perciba psíquicamente como objeto perdido. Esto es lo que Freud señaló en *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) al destacar la "insatisfacible carga de anhelo" como lo específico de la reacción frente a la pérdida de objeto. Esta es considerada como un estado afectivo integrado por un doble componente: uno ideativo (el deseo dirigido hacia el objeto como no realizable), y el afecto depresivo (el sentimiento doloroso del deseo irrealizable).

Por otro lado, Birbring (1953, En Bleichmar, 1997) fue pionero en enfatizar el papel esencial del sentimiento de impotencia / indefensión como núcleo de la depresión, así como mostrar que no es la pérdida del objeto lo definitivo sino la representación que la persona se hace de sí misma como capaz de alcanzar sus metas, entre ellas la presencia y el amor del objeto. Consideró que la predisposición a la depresión está dada por la fijación a experiencias de impotencia/ indefensión, que dejan su huella en el psiquismo, de modo que cada vez que la persona se sienta impotente con relación a sus aspiraciones se reactivarán todas aquellas experiencias, reales e imaginarias, en que dominó ese sentimiento.

Bleichmar (1997) puntualiza cuatro (4) elementos que, según él, conformarán el estado depresivo:

- La existencia de un deseo que ocupa un lugar central en la economía libidinal del sujeto (fijación del deseo que no puede ser compensado o reemplazado por otros deseos)

- Sentimientos de impotencia para realizar ese deseo.
- Impotencia para la realización del deseo que no queda restringida al presente sino que abarca también al futuro; es decir, sentimiento de desesperanza.
- Las consecuencias motivacionales (abulia e inhibición psicomotriz) y afectivas (tristeza) del sentimiento de impotencia/desesperanza.

El papel que desempeña el desengaño o la desilusión en la psicogénesis de la depresión fue estudiado por Jacobson (1946). Plantea que la desilusión se encuentra vinculada con la sensación de ser engañado. En la historia de pacientes deprimidos encontró que con mucha frecuencia, cuando niños, tuvieron la sensación de que se les engañó y se les desilusionó y que esto se los hizo una persona amada, ante lo cual reaccionaron con depresión. Concluye que, posteriormente estos pacientes propenderán a volver a reaccionar con depresión cuando ocurra una constelación dinámica similar de decepción y desilusión.

2.1 Aspectos relevantes de la depresión y la vejez.

No hay duda de que la depresión, es una de las manifestaciones clínicas más comunes en la vejez. Sus síntomas incluyen reducción de la autoestima, un punto de vista negativo con respecto al futuro, una gran tristeza y una disminución en las actividades con las demás personas. Entre sus síntomas físicos, acompañan un apetito disminuido, pérdida de peso, fatiga y estreñimiento. También son significativos la agitación, el llanto y una gran tensión y ansiedad. Por la misma condición del adulto mayor, en ocasiones, se hace difícil su

comprensión y abordaje debido a la complejidad de cómo éste lo manifiesta y a la amplia gama de pérdidas que ha ido acumulando a lo largo de toda una vida.

De acuerdo con Bellak (1970), la depresión senil, como característica específica, además de la pérdida de las funciones de la vejez, presenta pérdida de la autoestima. Agrega que es posible que un debilitamiento general del yo, producido ya sea por los efectos fisiológicos de la involución o de los cambios circulatorios o bioquímicos de la vejez, puedan constituir una mayor posibilidad para la precipitación de la depresión.

Más adelante nos enfatiza que al desengaño, al sentimiento de decepción, a la disminución de la autoestima y a la retirada narcisista, acompaña al envejeciente una gran cantidad de ira o de agresión: ira por la decepción, por el desengaño, por la pérdida de amor... La ira y la hostilidad que se generan así no suelen ser aceptables para el superyó del paciente y por lo tanto se contienen como intra-agresión (no puede expresar su hostilidad en la dirección del objeto o de la situación que la ha provocado, por lo que se dirige hacia sí mismo), uno de los rasgos principales de la depresión a esta edad.

Salvarezza L. (1996), nos señala que H. Bleichman (1976), definió la depresión, de la siguiente manera: "un estado que tiene como condición la pérdida de una relación objetal, y en la cual el contenido ideativo es el que dicha pérdida torna imposible la realización de un deseo al que se está intensamente fijado" (pág. 61)

Por otro lado, León Grinberg (1994), indica que en la depresión, el yo se encuentra paralizado porque se siente incapaz de enfrentarse con el peligro; y, en ocasiones, el deseo de vivir se encuentra reemplazado por el deseo de morir por considerarse impotente para superar el riesgo que lo amenaza. Entonces aparecen conductas de apatía, tristeza, decaimiento moral y físico con sensaciones de impotencia y desesperanza.

Rubinfine (1990), sugiere extender el concepto de depresión a la función de "señal de alarma"; es decir, una característica de alarma para dar ocasión o tiempo al yo para prevenirse contra estados de depresión más severos y profundos. Nos parece certera su observación, ya que la hemos observado en la práctica clínica, al señalar que pareciera existir un mecanismo depresivo específico que consiste en hacerse "malo", pero cuidando que el objeto siga siendo bueno, de manera tal, que pueda seguir conservando la esperanza de ser protegido por él.

Es importante subrayar el grado de impotencia y desesperanza que parece experimentar el yo para superar la situación en que se encuentra, superar al objeto y repararlo y repararse a sí mismo.

3. SUICIDIO, PARASUICIDIO Y VEJEZ.

Sigmund Freud fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al fenómeno suicida, postulando que los motivos del mismo son intrapsíquicos.

Es a partir de sus escritos, Duelo y Melancolía y Más allá del principio del placer, que interpreta la relación entre el suicidio, la melancolía y la agresión introyectada.

En su última teoría pulsional, con respecto a la pulsión de muerte, nos habla acerca de la "omnipresencia de la muerte, punto de consumación del designio destructor de Tánatos" como el rasgo característico de la vejez. Al respecto, Marion Péruchon y Annette Thomé-Renault (1992), nos comentan que "es la muerte biológica con retorno a la nada, pero también muerte psíquica que a veces la precede y siempre la precipita, e

igualmente muerte fantasmática que protege en ocasiones a Eros para ayudar a aceptar el ineluctable retorno a la Tierra madre, cuando la *diosa de la muerte* se confunde con la relación arcaica del primario a que suele apelar el anciano para defenderse de angustias catastróficas" (pág. 9)

Agregan que ninguna otra etapa de la vida se muestra más interesada por la muerte, puesto que existe una ruptura de vínculos: deterioro del cuerpo, extinción de toda excitación; es decir, que ninguna se ve más alcanzada por Tánatos, fuerza de desligazón, destrucción y reducción de las tensiones a cero.

Ya para 1920, en "Más allá del principio del placer", Freud comienza a elaborar la pulsión de muerte. Péchuron y Thomé-Renault (1992), lo citan señalando su nueva posición con respecto al tema: "...los términos opuestos no son ya para nosotros pulsiones del yo/ pulsiones sexuales, sino pulsiones de vida/ pulsiones de muerte. (...) El amor de objeto nos muestra por sí una segunda polaridad de este género, la del amor (ternura) y el odio (agresividad)" (pág. 14)

Esta nueva idea surge a partir de los hechos clínicos regidos por la compulsión de repetición, que tiende a reproducir experiencias de displacer y dolor. Dicha compulsión, contradice al principio de placer, que hasta ese momento dominaba las concepciones del funcionamiento psíquico en la teoría freudiana.

Localizar estas pulsiones no es tarea fácil debido a que aparecen por meditación de sus representantes psíquicos; y específicamente lo es la pulsión de muerte, porque una de sus características es la de actuar en silencio. Nuevamente las autoras a Freud (1938), señalándonos que "durante todo el tiempo en que esta pulsión actúa interiormente como

pulsión de muerte permanece muda y sólo se manifiesta en el momento en que, como pulsión de destrucción se vuelve al exterior" (pág. 17).

Es así como ocurre entonces, la neutralización de los efectos nocivos de la pulsión de muerte, como consecuencia de la intrincación de las dos pulsiones. En términos de destructividad: "la libido tiene a su cargo la labor de volver inofensiva esta pulsión de destrucción, y la cumple derivándola en gran parte hacia el exterior. Otra parte no participa en este desplazamiento hacia el exterior, permanece en el interior del organismo y queda ligada libidinalmente con ayuda de la coexcitación sexual ..." (Freud, 1979, pág. 171)

Seguidamente nos aclaran las autoras que, la pulsión de muerte no puede ser derivada totalmente hacia el exterior: "una fracción de la autodestrucción permanece en el interior del permanece en el interior del individuo hasta el momento en que consigue matarlo, quizás no antes de que su libido se agote por completo o quede desfavorablemente fijada. Nos está permitido suponer, pues, que el individuo muere a causa de sus conflictos internos (...) "

Podemos decir entonces, que la libido, pulsión de vida, puede subsistir mientras Eros consiga someter al principio de Nirvana, que tiende a la reducción de las tensiones a cero, y modificarlo en principio de placer, el cual es transformado en principio de realidad.

Las autoras Péchuron y Thomé-Renault, concluyen que la pulsión de muerte aparece definida precisamente por Freud como fuerza de desligazón y destrucción que obra en silencio para devolver al individuo al estado inorgánico, pero que puede ser desviada de su fin por el antagonista, la pulsión de vida, cuando ésta se intrinca con ella y la pone a su servicio.

Por otra parte, André Green (1986) nos habla acerca de la "función objetalizante", meta esencial de las pulsiones de vida y factor de ligazón, y su correspondiente, la "función desobjetalizante", meta de las pulsiones de muerte y efecto de la desligazón, las cuales son de importancia considerable en las inversiones y desinversiones en el problema de la vejez.

Nuestra evolución industrializada, nos lleva a evaluar a la jubilación o "retiro voluntario" al que es impuesto; la misma impulsa al sujeto a desinvertir, a separarse de sus objetos de apego apartándolo del sistema de producción que lo marginaliza. Entonces, la depresión se vuelve intensa, el futuro aparece sin esperanzas, el adulto mayor se siente sin ayuda y el suicidio es visto como una alternativa apropiada. Péchuron y Thomé-Renault (1992), al respecto nos hablan de las tendencias suicidas: "la desinversión del sujeto de edad, aliada a una pérdida de la autoestima, tiene que ver con la desligazón, con esa libido liberada, ahora flotante y por eso desorganizadora, que deja el campo libre a la pulsión de muerte y hasta llega a reforzarla a través del deseo de morir. Es como si la libido desmovilizada se pusiera al servicio de Tánatos, en provecho de un último deseo, para ser investida en el último acto, el de la muerte"

Seguidamente, afirman que si es el acto suicida, una manera de poner fin al sufrimiento y a la desinversión, puede poner término a la desorganización o a la caducidad: "la destrucción radical del yo que objetiva a la pulsión de muerte constituiría una última y paradójica defensa contra su progresiva e insostenible disolución, a fin de salvaguardar una imagen del yo degradada" (pág. 27)

Freud (1920), hipotetizó que el individuo con conductas suicidas volcaba sobre sí su ira inconsciente no expresada hacia una persona amada; por lo tanto, el suicidio representaba

un fracaso para expresar externamente el propio afecto emergente (generalmente hostilidad) de manera abierta y directa, con frecuencia, hacia una persona amada. En lugar de esto, este efecto se volcaba en contra de la persona misma. Por lo tanto, psicodinámicamente, el suicidio fue contemplado como asesinato.

Menninger (1954) adoptó las mismas explicaciones psicodinámicas de Freud, pero sugirió la prevalencia de tres dinámicas ante las fuerzas destructivas: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir.

En tanto que para Karen Horney (1942), el acto suicida se origina, por una discrepancia entre el "Yo ideal" y el "Yo idealizado" que provoca una "alienación del Yo". En el marco de una alienación grave, un impulso repentino de odio hacia sí mismo podría contribuir a un desenlace suicida.

Por otro lado, Litman (1965), menciona que en la psicodinámica del suicidio, intervienen otros factores como "los sentimientos o vivencias de desesperanza, abandono e inutilidad".

En tanto que Lewin nos señala que la expresión del deseo de morir con mucha frecuencia suele ser "un deseo oral de dormir sin preocupaciones". Cuando estos deseos van acompañados por una gran hostilidad, en personas tienen muy poca fuerza en el yo y un superyó severo, el terapeuta tendrá razones para preocuparse. Es entonces, que se hace necesario la comprensión de la dinámica del impulso suicida. Bellak nos menciona que entre las que pueden estar operando están:

- El deseo de experimentar un deseo real o imaginario.
- El deseo de vengarse.

- El deseo de reunirse con un compañero o amante muerto (lo cual suele suceder mucho entre los adultos mayores).
- El deseo de forzar el amor de otra gente.

Nos señala que en lo que respecta a la conducta acting-out del paciente con conductas suicidas, es preocupante la probabilidad de que el adulto mayor "actúe" partiendo de sus impulsos y percepciones irreales. Fenichel (1979), describe a estos pacientes como "aquellos incapaces de dar el paso de la acción al pensamiento, que le conceden juicio razonable a todos sus impulsos y piensan que su meta es la de evitar el displacer, más bien que la de obtener placer". Considera que las fijaciones orales y los traumas tempranos desempeñan un papel muy importante en su conducta. Además, caracteriza el acting-out como un yo-sintónico y como siendo una defensa más aloplástica que autoplástica: la gente que "actúa" tiende más a cambiar el ambiente que a cambiarse ella misma.

Un recorrido por el conocimiento bibliográfico, plantea que en las sociedades occidentales, la vejez constituye estadísticamente el tramo de edad más afectado por el suicidio, puesto que se utilizan métodos más radicales. Los porcentajes de suicidio pueden ser aún mayores de lo que parecen, ya que muchos de los fallecimientos que contemplan actos suicidas no son reconocidos como suicidios.

En la actualidad, la conducta suicida se considera una de las principales causas de muerte dentro de la población general. Investigadores especialistas, afirman que el suicidio no tiene que significar saltar por las ventanas sino algo que tiene un carácter voluntario. Puede ser la afirmación última de la libertad humana, una forma de proyectar una muerte a la que se teme o de reafirmar la libertad de elección, como ocurre en el parasuicidio.

A veces, "la intención de matarse puede no ser manifiesta", en cuyo caso el suicidio pasa desapercibido para el entorno. Pueden ser "accidentes", consecuencias del consumo de drogas, el "olvido" de tomar medicamentos que preservan la vida. Esta situación, generalmente acontece en sociedades en donde la desinserción social de los adultos mayores, lo mismo que su aislamiento y rechazo, constituyen los puntos de referencia en que son ubicados.

Rita Perdomo y Alicia Costanzo (1997), plantean la hipótesis de que en muchos casos, accidentes y suicidios podrían constituir fenómenos similares y/o interrelacionados. Afirman que si bien en los accidentes no se plantea una intención consciente y deliberada de quitarse la vida (salvo que culminen en un acto suicida), en los mismos se observa una fuerte agresividad autodirigida que puede conducir a la muerte. En ambos casos (suicidios/parasuicidios), "nos enfrentamos con actuaciones sobre el cuerpo que denuncian la imposibilidad de elaboración psíquicas de situaciones conflictivas" ("Accidentes, intentos de eliminación y violencia social", IX Congreso Metropolitano de Psicología, Buenos Aires, 1997). Citan a Freud, quien planteó que "además del suicidio conscientemente intencionado, hay otra clase de suicidio, con intención inconsciente, la cual es capaz de utilizar con destreza un peligro de muerte y disfrazarlo de desgracia casual" ("Psicopatología de la vida cotidiana"- Obras Completas, Tomo III, pág 869, 1972). Por lo tanto, culminan, en estos casos, el accidente podría constituir un suicidio o intento de autoeliminación encubierto//

La gente mayor que decide terminar con su vida parece ser que lo ha planeado cuidadosamente y sabe qué está haciendo. Dicha decisión obedece a la desesperación por pérdidas irreversibles que ellos son incapaces de detener: la pérdida del trabajo, de los

amigos, del cónyuge, de la memoria, de la salud y, finalmente, de su propia estima y esperanza. Pero el principal factor es la pérdida de sus roles, principalmente ante la sociedad, que, regida por sus sistemas de poder, deja de ser un albergue confiable para convertirse en uno de los sostenes del yo del adulto mayor; y quizás, darle fin a su vida, lo único ante lo cual pueden tener control en su vida actual.

Después de los grandes logros de la juventud, es muy duro para ellos enfrentar las limitaciones de la edad avanzada. Producto de la depresión, el aislamiento y la apatía hacia el medio que les rodea, comienzan a manifestar una serie de conductas generadoras de riesgo, no sólo por lo atentadoras que resultan contra su salud, sino también porque se encuentran asociadas a otro tipo de causas que pueden precipitar la ocurrencia de accidentes, actos violentos, intentos de autoeliminación.

Estas conductas han sido denominadas bajo diversos términos: acto suicida, conductas autodestructoras indirectas e inconscientes, autolesión intencionada, entre otras. Preferimos la utilización del término parasuicidio, que se refiere a un acto no mortal en el que una persona, de forma deliberada se autolesiona o ingiere un medicamento en dosis superior a la prescrita o reconocida como terapéutica.

Existen diversas explicaciones psicodinámicas para el suicidio y el comportamiento suicida, las cuales incluyen el autocastigo, reparación o expiación de la culpa, fantasías compensatorias por las deficiencias de esta vida en una vida futura, manipulación, intentos por castigar fuerzas u objetos específicos, escapar de una situación intolerable, dolor o pánico e incapacidad para concebir acciones alternativas a la muerte. Otros mecanismos psicológicos postulados incluyen identificación con un objeto perdido y renacimiento con la fantasía de empezar nuevamente, entre otras.

La psicoterapia frecuente, la meditación y el contacto social pueden ayudar a elevar los sentimientos de aislamiento y depresión y restaurar un interés en la vida.

3.1 Mitos y Realidades Acerca de la Conducta Suicida en la Vejez.

Con el transcurrir de los años, en nuestra sociedad se han ido desarrollándose mitos y falsas creencias en torno a la conducta suicida en la vejez. Nos parece importante reconocer la existencia de realidades asociadas a estos mitos, las cuales exponemos a continuación:

- La persona que habla de suicidio difícilmente lo intenta o lo comete: La realidad es que antes de intentar suicidarse han proporcionado pistas verbales o no, de sus intenciones en semanas precedentes. Todas las amenazas de suicidio deben tomarse en serio.
- La persona que intenta suicidarse está buscando atención: La realidad es que semejante percepción refleja una falta de conocimiento y comprensión de los complejos factores relacionados con el comportamiento suicida. Mientras que en algunos casos la búsqueda de atención pudiera ser una ganancia secundaria del comportamiento suicida, se deben hacer todo tipo de esfuerzos para entender las causas básicas que conducen al comportamiento suicida.
- La persona que intenta suicidarse está definitivamente eligiendo la muerte más que la vida: Siempre hay una cantidad considerable de ambivalencia asociada con el comportamiento suicida. La mayoría de las personas que exhiben estos comportamientos están abrumadas por sus problemas y presentan dificultad para

encontrar soluciones. También ellas dan indicios de sus intenciones. El problema principal no es que quieran morir, sino si existe alguna manera o razón de seguir viviendo.

- Promover "conversaciones" que contemplen temas acerca del suicidio, incrementa el riesgo de comportamiento suicida y se "plantan" las "semillas" del mismo: la realidad es que si se analiza adecuadamente este tipo de comportamiento en la vejez, se incrementarán las posibilidades para prevenirlo o para intervenir oportunamente.
- Los "ancianos" no pueden suicidarse (no tienen la fuerza para hacerlo): La realidad nos indica que si bien es cierto que pueden haber disminuido las energías para realizar un acto suicida; una vez recuperan "fuerzas", logran su objetivo, sobre todo, porque la experiencia adquirida a través de los años, hace que los métodos que utilicen sean más lesivos y efectivos.

3.2 Factores de Alto Riesgo

Diversos investigadores concluyen que existen componentes multifactoriales que contribuyen al comportamiento suicida y que logran intervenir en la decisión del adulto mayor de autolesionarse. Entre los más relevantes podemos señalar los siguientes:

- Enfermedad física: Cualquier enfermedad crónica que lo prive de su expectativa de vida plena o preocupación hipocondríaca unida a la evolución de una enfermedad que pueda representar la pérdida imaginada de esa realización. No debemos olvidar los efectos secundarios de la enfermedad, particularmente si el dolor o la cronicidad están

presentes. El uso crónico de sustancias, como medio de enfrentarse a la enfermedad, puede conducir a una depresión más severa e incrementar, de esta manera, el riesgo de suicidarse.

- Síntomas psiquiátricos: Las personas de edad avanzadas psiquiátricamente perturbadas presentan un riesgo mucho más alto en términos de comportamiento suicida que la población en general.
- Comportamiento suicida previo: Existe el consenso de que el comportamiento suicida del pasado se correlaciona fuertemente con comportamientos suicidas repetitivos. Parece ser que cuando el adulto mayor ha tenido la experiencia de un intento (cambio en el valor y en la voluntad como consecuencia de una inadaptación en la forma de enfrentar la vida), el futuro comportamiento suicida es alentado, a menos que la experiencia anterior haya sido aversiva para la persona. Indistintamente del grado o la frecuencia de la conducta, tal comportamiento debe ser tomado en serio y evaluado por profesionales de la salud adecuados.
- Desacuerdo o rompimiento familiar: Por ejemplo, la existencia de pérdidas ya sea por muerte o separación de familiares, provocando un rompimiento de la unidad familiar. La falta de redes familiares de apoyo está considerada como uno de los factores causales del comportamiento suicida en la vejez.

4. APLICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA EN LA VEJEZ

Se podría decir, que en comparación al resto de la población panameña, los envejescentes son intervenidos terapéuticamente con una frecuencia menor; quizás debido a mitos y creencias acerca de la incapacidad del envejescente de poder responder satisfactoriamente al proceso psicoterapéutico. Y es que no es desconocido para todos los que trabajamos en esta profesión, lo polémico, que desde el inicio del siglo XX, ha sido su incorporación al encuadre clínico.

Para Freud, la posibilidad del psicoanálisis en la vejez fue motivo de controversia. En su trabajo "Sobre psicoterapia" (1905) indicaba expresamente: "...en la medida en que las personas se acercan a la cincuentena o la sobrepasan suelen carecer de la plasticidad de los procesos anímicos de la que depende la psicoterapia - los ancianos ya no son educables- por otra parte, porque el material que debería elaborarse prologaría indefiniblemente el tratamiento".

Desde este momento, debido a que en esa edad el sujeto no era analizable dada la falta de flexibilidad del psiquismo, los terapeutas se dedicaron a niños, jóvenes, familias adultas y parejas.

Actualmente escuchamos expresiones similares, tales como el "psiquismo pierde plasticidad", "viscosidad de la libido", "ya no se puede analizar", "la vejez es toda pérdida", "demasiada historia, pesa", "sólo queda comprender", entre otras.

Recién, en las últimas décadas, se toma como objeto de estudio y tratamiento, la etapa del envejecer.

Después de mitad de siglo y más aún, ya al terminar este siglo XX, los cambios vertiginosos de la tecnología y los adelantos científicos hicieron posible algo tan anhelado por el ser humano: el vivir más años. Esta situación ha aumentado el interés en los profesionales terapeutas, quienes han notado la demanda de amor insatisfecho observado en los adultos mayores, la cual subyace al sufrimiento psíquico. Es un sujeto que en el principio ama sus sueños, ensueños, eleva el mundo; luego aparecen los amores parentales, nunca renunciados totalmente, revelados en el amor de sus amigos, la pareja, las actividades, los principios... A medida que avanza el tiempo, la muerte, esa presencia siempre negada, se anuncia como real e inevitable; y con ella, pérdida de los objetos amados, amenaza de soledad.

Para Piera Aulagnier (1982), el yo está "condenado a investir"; aunque a veces, en los viejos, esta investidura tome un contenido de odio, resentimiento y queja, formas particulares de investidura.

Entonces nos preguntamos ¿cuál es el espacio para la psicoterapia? Al respecto, Graciela Petriz (1998) nos dice: "mientras exista un sujeto dispuesto a expresar o movilizar una demanda, abrir un interrogante, hacer espacio a un deseo, las dificultades para el trabajo psicoterapéutico ya no estarán del lado de quien consulta, sino que no pocas veces, estos escollos partirán del terapeuta y sus resistencias.

Lacan, J. J. (1986), también hace sus comentarios:

"Resistencia hay una sola: la resistencia del analista. El analista resiste cuando no comprende lo que tiene delante. No comprende lo que tiene delante cuando cree que interpretar es mostrarle al sujeto lo que desea es tal objeto sexual. Se equivoca...

Por lo contrario, de lo que se trata es de enseñarle al sujeto a nombrar, articular, a permitir la existencia y por eso insiste. Si el deseo no osa en decir su nombre, es porque el sujeto todavía no ha hecho surgir ese nombre.

...la acción eficaz del análisis consiste en que el sujeto llegue a reconocer y nombrar su deseo... Al nombrarlo, el sujeto crea, hace surgir una nueva presencia en el mundo. Introduce la presencia como tal, y, al mismo tiempo, cava la ausencia como tal. Únicamente de este modo es concebible la acción de la interpretación".

Para el terapeuta es un verdadero desafío trabajar con aquello cuya tendencia es negarlo por efecto de desmentida. Frecuentemente se verbaliza más o menos conscientemente el rechazo al trabajo con las personas mayores, o su contrario, la idealización defensiva, contraatacará al horror de la vejez; compromiso con la propia conflictiva edípica, actualizada en la transferencia. Nuevo escollo en este aparecer, invertida la relación (edípica) entre los sujetos, complejización ésta del campo terapéutico. Aquí, es la representación hijo (en caso de profesionales jóvenes), representación nieto (de los muy jóvenes) la que ocupa lugar del saber. A su vez ha de interrogar, escuchar y ser testigo de aquello que siempre y por mandato de la represión constitutiva ha debido permanecer oculto (reprimido).

En la situación terapéutica, el profesional ha de salirse y elaborar estos nudos de su estructura para avanzar en la investigación de los dinamismos psíquicos de la vejez.

Existen muchas resistencias: del viejo al joven ante la movilización de la envidia y la competencia producida por la diferencia generacional (¡qué me podría decir!, ¡si puedo ser su padre!); del terapeuta para escuchar las tendencias amorosas y destructivas de quienes

podrían ser sus padres (o abuelos). Intrincada trama, urdimbre de una relación, desafío que apela a la razón y bordea la pasión.

Las consultas (demandas) en la vejez, suelen ser expresadas por la familia. Es necesario superar los contenidos tanáticos (de muerte pero también de asesinato) que trasunta dicha solicitud, razón para elaborar la pasión y trascender de ella en una escucha posible hacia el sujeto por quien se demanda y rescatar del deseo de quien es hablado por otro, que no lo sostiene.

Es un campo complejo, intrincado, comprometido donde se juegan las tensiones de la pulsión de los encuentros desesperados entre Eros y Tánatos. Lo biológico hace su zancadilla, recordando una vez más el final ya anunciado.

El individuo demanda mantener el equilibrio zozobranante entre estas dos tensiones batallando quizá más cuerpo a cuerpo que nunca. Cuerpo, el del organismo, con sus marcas irreversibles, cuerpo el simbolizado-simbolizante, cuerpo del ser luchando por su existencia.

La tensión insoportable, lo cual suele necesitar del sostén, del aporte, del apuntalamiento de otro ser, otro yo que lo sostenga para mantener esa gran lucha, la de lo real y la del ser.

La posición del terapeuta no se trata de que los pacientes se adecuen a la norma o se adapten, sino a que rescaten su deseo, equivalente de su ser, de modo que les posibilite seguir siendo ellos mismos a pesar de sentirse tan distintos a como eran.

Por ende, el tratamiento psicoanalítico se constituye en el espacio en que el sujeto se reencuentra con la expresión de su deseo, lo desentraña, lo desmenuza, analiza y desde aquí enfrenta la encrucijada de su existencia.

Entonces nos encontramos como paciente a un adulto mayor conmovido por los cambios y transformaciones jugadas alrededor de la marca desde la realidad que resulta la jubilación; simultáneamente: las variaciones en el cuerpo, las señas del paso del tiempo, la migración de los hijos y el lugar incierto que ofrece para él la sociedad actual.

Consultan voluntariamente, aunque a veces por sugerencia o indicación de amigos o familiares, pero más habitualmente del médico clínico, primer receptor de su demanda. Buscan en la psicoterapia la posibilidad de reencontrar un proyecto posible de existencia satisfactoria, el espacio para la elaboración de la agresividad que estos cambios que lo toman por sorpresa y les moviliza.

Es tiempo de revisión de la historia, cara a cara con el ideal, de lo que deseó ser, de lo que es y de lo que no logró, pero también de aquello que se encuentra, aunque olvidado, en el arcón de su existencia y que aún es posible. Reencuentro con intereses, propuestas y proyectos que en otro momento tuvieron que ser pospuestos, pues otras eran las prioridades. También tiempo de renuncia a deseos irrealizables, a lugares cedidos.

Al realizar esta revisión, el analista debe sostener el espacio para que ésta sea posible.

También suele encontrarse con aquello que en otro tiempo del envejecer, requiere un espacio para soportar las muecas de la declinación, las marcas de la cronología corporal. Limitaciones orgánicas, declinación de funciones, pérdida de la anatomía. Zona de borde para el trabajo psicoanalítico. Desafío para el analista que, como siempre, ha de expresar las facetas diferenciales, para poder establecer el encuadre pertinente.

El cuerpo-organismo envejece, el inconsciente "no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal" (Freud, 1915). Por ende, el deseo permanece, aunque a veces sea

muy trabajoso despejar el campo y hacer lugar para que tal deseo emerja de su enmascaramiento.

Sostener la posición analítica responderá del ser del analista, en su deseo y disposición de trabajar con este tipo de demanda. Evaluará sus posibilidades; si decide aceptar podrá construir bajo ciertas condiciones, el "setting" que posibilite el trabajo. En el encuentro con ese otro de la demanda, se establecerá - si emprenden - el recorrido de un análisis.

Cuando este trabajo se ha realizado, siempre hay posibilidad de abrir la pregunta, encontrar un sentido, elaborar la angustia. Porque trabajamos con el ser, encarnado en la figura del viejo, que hasta puede parecer descarnada, pero el ser siempre pulsa, pide busca... significarse. Acompañarlo, es nuestro trabajo.

El ser del hombre lucha entre su entendimiento de ser y su anhelo de eternidad. Algo que permanece y algo que cambia. Algo misterioso, la vida, la vejez, un momento en ella. Escuchar mientras se exprese, es nuestro campo posible.

4.1 Recomendaciones Generales en el Manejo Terapéutico en la Vejez.

Según la literatura, en lo referente a manejo psicoterapéutico, en la vejez se utilizan algunos procedimientos empleados en la etapa adulta; no obstante, por las características propias de la edad, se recomiendan considerar los siguientes aspectos:

- Usar un acercamiento directivo, incluyendo sugerencias para los cambios.

- Lograr que el paciente realice un proceso de revisión de su vida, incluyendo una historia extensa de ella y sus recuerdos, con el objeto de poner su vida en perspectiva y de comprender mejor los aspectos positivos y satisfactorios del pasado.
- Enviar y referir a los pacientes a agencias apropiadas que les puedan ayudar en sus necesidades mentales y de bienestar, tal como la vivienda, problemas económicos y la soledad.
- Confrontarlo con la realidad, la culpabilidad hacia sí mismo y hacia otros: puede que la culpa no sea realista y, en tal caso, se le confronta con dichos sentimientos, aún cuando culpa a otra persona.
- Procurar al paciente una reinterpretación y explicaciones alternativas de las conductas y los hechos, incluyendo la corrección de negaciones y distorsiones (con respecto a la muerte) que las personas mayores pueden considerar como inadecuados, tranquilizándolos al mismo tiempo. Estas explicaciones deben acercarse, lo más que se pueda, a la realidad del paciente (explorar fantasías).
- Confrontar la sensación de abandono con la realidad (sobre todo, las fantasías del abandono del terapeuta).
- Ayudar a las personas mayores a expresar los sentimientos fuertes, tales como el enfado, la ira y la culpabilidad.
- Permitir al paciente, tomar algunos caminos para controlar el ambiente que puede, inicialmente, parecer psicológicamente perjudicial, pero que, en posteriores ocasiones, se verá que ha servido con efectividad al paciente como amortiguador de algunas de las angustias que produce el envejecimiento (adaptación de Knight, 1978-1979).

Por otro lado, en lo que respecta a situaciones de pérdidas, Worden (1997) nos sugiere orientar el asesoramiento psicológico de la siguiente manera:

- Ayudando al paciente a hacer real sus pérdidas: Se motiva al paciente a que verbalice los hechos que llevaron a las pérdidas que ha experimentado. El terapeuta puede fomentarlo, cuestionándolo, para ayudarlo a la expresión de las mismas. Además, debe de confrontarlo directamente con la realidad (ya no se presentiza al objeto amado o que se considera perdido). El terapeuta debe escuchar con paciencia y animar al paciente a que continúe expresándose. Worden afirma que "esto puede facilitar una conciencia cada vez mayor de las pérdidas y del impacto que ha tenido en su vida".
- Ayudarlo a identificar y expresar sus sentimientos: Debido a su dolor y disgusto, puede que el paciente no reconozca muchos de sus sentimientos o que los experimente en diferentes grados de intensidad. Algunos de los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia. El sentimiento se puede dirigir hacia las personas que le rodean, pero si se desplaza hacia sí, puede manifestarse a través de una depresión, culpa o disminución de la autoestima; convirtiéndose, en ocasiones, en una conducta suicida (por la fantasía de volver a reunirse con el objeto perdido), ya sea en el pensamiento o en la acción, por lo que el terapeuta siempre debe explorar la ideación suicida. Por ello, se le debe ayudar a nombrar y describir cada uno de los sentimientos que experimenta. Además, es importante, en algunas ocasiones, estimular la tristeza y el llanto, identificando el significado de las lágrimas. Worden sugiere, ayudar activamente al paciente a equilibrar los sentimientos positivos y los negativos, para que puedan distinguir que los unos no excluyen a los otros y viceversa. Es prioritario que el terapeuta no se conforme con la simple expresión de emociones; debe centrarse hacia el

logro, en el paciente, de desarrollar la conciencia de lo que se ha perdido, a dirigir el enfado de manera apropiada y eficaz, a evaluar y resolver la culpa y a identificar y manejar la ansiedad.

- Ayudarlo a vivir su vida sin la persona ausente: Se debe utilizar un enfoque de solución de problemas, es decir, identificar junto al paciente, los problemas que confronta actualmente la forma de resolverlos. Esto le ayudará a adaptarse a la pérdida y asumir el rol actual.
- Facilitarle el remplazo emocional de la pérdida: Ayudar al paciente a encontrar un lugar nuevo en su vida para el objeto perdido, lo cual le servirá para seguir adelante con su vida y establecer nuevas relaciones.
- Darle tiempo para elaborar el duelo de la pérdida: La elaboración de la pérdida requiere tiempo. Es un proceso gradual y el terapeuta debe tener en cuenta que la intervención se puede extender.
- Darle interpretaciones de la conducta normal: Después de una pérdida significativa, aparecen conductas que suelen ser "normales" en el proceso de elaboración. Es importante que el terapeuta le explique al paciente que esas experiencias nuevas son consideradas típicas de la situación que experimenta.
- Permitir en el proceso, las diferencias individuales: No olvidarnos de que el paciente puede exteriorizar un amplio rango de respuestas conductuales; por lo tanto, es de esperar, que cada persona lo elabore de manera distinta.
- Darle apoyo continuado: Es importante que el terapeuta esté disponible para el paciente a lo largo de los períodos críticos. El papel del terapeuta es dar esperanza. También se recomienda referirlo a grupos de apoyo.

- Examinándole las defensas y estilos de afrontamiento: El terapeuta debe indicarle al paciente los estilos de afrontamiento que éste utiliza y ayudarle a valorar su eficacia. Además, deben, explorar juntos otras formas de afrontamiento posibles, más eficaces para reducir el malestar y resolver problemas.
- Identificando patologías y saber cuándo derivar: El terapeuta debe ser capaz de identificar la existencia de patologías desencadenadas por la pérdida y el duelo posterior y, en tal caso, de hacer una derivación (referencia) profesional.

En caso de una situación álgida (riesgo suicida, ansiedad, componente psicótico, etc.) la psicoterapia profunda no tiene cabida. Más aún, la exploración del inconsciente y la psicoterapia introspectiva están contraindicadas formalmente. El análisis de motivaciones inconscientes puede producir en el paciente desasociado y angustia al descubrir elementos negativos de su historia vital y, esto agranda el cuadro. No es este el momento, en el cual, más adelante, ya mejorado el paciente, podrá ser considerado ese tratamiento (Freedman-Kaplan-Sadock; Vidal-Bleichmar-Usandivaras); por lo tanto, la aproximación psicoterapéutica, en este momento álgido, debe ser de apoyo, y así debe continuar hasta cesado el cuadro.

Se debe insistir en luchar contra las ideas de culpa, ruina, indignidad, pesimismo. Es preciso desvalorizar estos sentimientos, quitarles vigor, minimizándolos. Presentar su porvenir aceptable es imprescindible.

Buena técnica es pedirle al paciente un plazo: que permita su tratamiento durante alrededor de dos meses exponiéndole la seguridad de su curación. Aquí el terapeuta debe ser seguro, asertivo y concluyente. Aunque el depresivo es escéptico respecto a su curación y agrega su convicción de un destino ominoso, es cierto que la seguridad, la

tranquilidad y la palabra firme del terapeuta y la autoridad que se desprenden de él causan efecto. En el fondo el paciente necesita ser consolado.

Hay que insistirle, una y otra vez, en que la esperanza existe, que es razonable y segura, visto el tratamiento que habrá de hacerse y que él comprobará pronto cuan infundadas son sus ideas depresivas, sin caer en falsas promesas.

Son muy claras las palabras de Freedman, Kaplan y Sadok: "Se puede conseguir mucho si se interviene en el ambiente del paciente. Se deben dar instrucciones sobre psicopatología a las enfermeras, terapeutas ocupacionales, ludo-terapeutas y toda persona que tenga contacto con el paciente, para que puedan combatir las ideas depresivas sin investigar los factores psicodinámicos". Los familiares deben tener claras sus funciones, proporcionándoles información sobre cómo la depresión afecta al paciente. En general, deben ofrecer apoyo y optimismo.

4.1.1 Procedimientos terapéuticos en el manejo de la conducta depresiva en el adulto mayor

Bellak y Small (1970), sugieren a los terapeutas que realizan psicoterapia de la depresión, seguir una serie de procedimientos que detallamos a continuación:

- Dirigirse a la disminuida autoestima del paciente: El tener que asistir a terapia puede ser interpretado por éste como una debilidad de su parte para mejorar sus problemas; por ello, el terapeuta debe explicarle que la búsqueda de ayuda representa mucho más sabiduría que debilidad.

- **Crear confianza:** Debe mostrársele que se confía en sus capacidades y las fuerza de su yo. Hay que enseñarle, hasta donde sea posible, que en el pasado nunca (o poco) actuaron sobre impulsos extra-agresivos; lo cual nos indica que poseen una extraordinaria capacidad para tolerar el pensamiento sin actuar movidos por él.
- **Trabajar la reversión de la intraagresión:** Es de utilidad la catarsis mediata, y de esta manera, a través de la expresión del terapeuta (siendo una persona respetable), se logra que la hostilidad sea más aceptable y potencialmente más ego-sintónica por parte del paciente.
- **Comprender los rasgos dinámicos:** Deben asociarse con la situación precipitante y con la situación genética temprana de la vida del paciente. Estos rasgos deben ilustrarse en relación a una figura contemporánea de la vida del paciente.
- **Manejar las manifestaciones transferenciales:** Debe hacerse de inmediato y con claridad; especialmente las manifestaciones negativas, deben ser interpretadas si el paciente no las expresa.
- **Disponibilidad del terapeuta:** Lo señalado anteriormente con respecto a estar disponible en cualquier momento, especialmente en los casos donde existe riesgo de suicidio y en los que se encuentran fuertemente depresivos.
- **Guiar:** El terapeuta debe recomendar cambios en la vida del paciente si observa deterioro en la sintomatología depresiva: cambio de ambiente, actividades que liberen la hostilidad del paciente (ejercicios fuertes, por ejemplo).
- **Recurrir a la terapia de drogas:** El terapeuta debe tener un amplio conocimiento de los efectos de las drogas (medicamentos) que consume el paciente, sin olvidar de que algunas de ellas demoran días e incluso semanas en surtir el efecto deseado en la

conducta del paciente, por lo que debe estar alerta para proteger completamente al paciente durante el período anterior al mismo.

4.1.2. Implicaciones Terapéuticas Específicas en el Manejo de la Conducta Suicida la Vejez.

a) En la Prevención y en la Evaluación

Sherr (1992), indica que la meta en prevención es la de reducir la prevalencia y la posibilidad del comportamiento suicida, por lo que es importante identificar las áreas y direcciones que el paciente pudiese proseguir a través de una minuciosa evaluación. Entre las implicaciones terapéuticas que recomienda están:

- Nunca olvidase de preguntar acerca de ideas suicidas o intentos de suicidio previos y contemplar con seriedad todos los intentos o amenazas..
- Como terapeutas, debemos conocer los factores de riesgo.
- "No hablar de hospitalizar a pacientes de alto riesgo".
- Evitar que al paciente se le suministre medicamentos con dosis letales, específicamente antidepresivos, cuando el riesgo es alto (evitar barbitúricos e hipnóticos).
- No suspenda los medicamentos antidepresivos en forma abrupta o prematura.
- Estar alerta cuando exista un súbito bienestar o recuperación en pacientes deprimidos.
- Tratar de reducir la disponibilidad de armas de fuego.

- Preguntar al paciente sobre las consecuencias del suicidio (para la familia, amistades).
Mostrar alternativas que reemplacen al suicidio.
- Entrevistar a otras personas **significativas** en la vida del paciente y obtener **información** adicional.

b) En la Intervención.

Entre los lineamientos prácticos de la relación terapeuta-paciente en el proceso terapéutico, se enmarca, igualmente, hacia lo siguiente:

- Proteger la vida del paciente (medidas médicas).
- Establecer una alianza terapéutica entre el paciente y sus familiares (empatía, aceptación sin juicios, escuchar) y comunicación con el paciente.
- Recordarle al paciente su identidad.
- Recordarle al paciente su disponibilidad cuando lo necesite.
- Motivarlo hacia alguna actividad constructiva.
- El terapeuta deberá permanecer como un aliado del paciente, pero debe dejar claro que su papel es directo y activo.
- Apoyar psicológicamente con una actitud firme y esperanzadora.
- Debe tener la capacidad para expresar la amplia gama de emociones que pueden surgir en una situación de urgencia.

- Lograr el insight del paciente acerca del problema de agresión (hacia quién va dirigida). Además es necesario, explicar fantasías que pueda tener con respecto a lo que sucede después de un suicidio.
- Debe buscar asesoría al tratar con este tipo de paciente, tantas veces como sea necesario, ya que puede generar ansiedad en el terapeuta.

5. BREVE HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA BREVE.

Dentro del campo de las psicoterapias se ha ido delimitando un espacio con estructura propia: el de las psicoterapias breves, actualmente denominadas terapias focalizadas. Para conocer la génesis de esa estructura, tenemos que remontarnos hasta casi principio de siglo.

En efecto, tal como lo señala Lucío Pinkus (1984): "...en los inicios del psicoanálisis, el problema de la terapia "breve" no tenía razón de existir. Los análisis practicados por Freud como por sus primeros discípulos tenían una duración sumamente medida, y nada hacía pensar en el proceso de prolongación del tratamiento que vendría posteriormente".

Si consideramos el término breve en su connotación temporal, parece que desde un comienzo las terapias fueron breves. No obstante, el concepto actual es mucho más complejo que la mera duración del tratamiento. Además del tiempo, se consideran otros aspectos esenciales para definirlos. Intentaremos dar un breve rastreo histórico de cómo fueron surgiendo.

A raíz de la presentación de los Estudios sobre la histeria (Freud, 1895), se publica la primera psicoterapia breve de orientación analítica: el caso de Catalina.

Posterior a ello, se origina la Primera Guerra Mundial. En el transcurso y al finalizar la misma, se hizo obvia la necesidad de contar con terapias psicoanalíticas más breves.

En el trabajo presentado por Freud (1918) en el Quinto Congreso Psicoanalítico Internacional de Budapest, plantea un aumento en la demanda del análisis como proceso psicoterapéutico. Se establece la necesidad social de la existencia de formas terapéuticas al alcance de un sector más amplio de la población. Recomienda la "técnica activa" de Ferenczi, como la vía posible para la evolución del psicoanálisis.

Luego, en 1918, Sandor Ferenczi planteó la necesidad, compartida por Otto Rank, de encontrar un método activo de tratamiento. Ferenczi (1925), inicia una serie de experimentos. Aunque inicialmente Freud lo apoyaba, posteriormente éste reaccionó negativamente. Esto impidió, durante algún tiempo, que otros psicoanalistas desarrollaran modalidades de psicoterapia breve.

El renovado interés por contar con modalidades de psicoterapia breve durante la Segunda Guerra Mundial y después de ésta, dio origen a nuevos y perdurables esfuerzos por seguir desarrollando técnicas terapéuticas breves de orientación analítica.

Es importante enfatizar que la interrogante inicial no era cómo acortar los tratamientos, sino cómo hacerlos más efectivos. Esta fue la preocupación que inicia la búsqueda, las cuales alcanzaron su máximo desarrollo en la segunda mitad de siglo.

En 1946, la publicación de "Psychoanalytic Therapy" de Alexander y French, marca otro hito importante, ya que en esta obra aparecen desarrollados algunos puntos esenciales,

tales como la noción de flexibilidad en la relación terapéutica, el concepto de conflicto focal y la propuesta de planificación de la terapia.

Alrededor de la década del '50, en la Tavistock Clinic de Londres, M. Balint y D. Malan orientan su investigación clínica hacia la conceptualización de las terapias breves, usando por primera vez el concepto de foco terapéutico y profundizando en temas tales como el diagnóstico para la terapia y el tipo de vínculo paciente-terapeuta en estas terapias.

En 1963, Malan publica "A Study of Brief Psychotherapy", a partir de la cual queda legitimada la denominación. Para ese entonces, Malan señalaba que la duración de la psicoterapia breve podía estimarse entre cuarenta a cincuenta sesiones. De ahí en adelante, diversos autores propusieron distintos criterios para establecer la duración de los tratamientos. Por lo tanto, si intentáramos definir a las terapias breves a partir de su duración, encontraríamos una considerable dispersión. No obstante, tal dispersión se reduce cuando dejamos de lado el aspecto temporal y atendemos a los elementos que configuran la estructura cualitativa de las terapias breves.

Independientemente de la variación de los marcos teóricos referenciales que pueden ser psicodinámicos, sistémicos, cognitivos o comportamentales, existen algunos núcleos comunes a todos los enfoques de la Psicoterapia Breve o Focalizada, a saber:

- El objetivo de la terapia es la resolución del problema que le preocupa al paciente.
- El proceso terapéutico toma la forma de un trabajo focalizado en el problema.
- Los procedimientos terapéuticos están caracterizados por su flexibilidad.
- El terapeuta desempeña un rol activo.

Por lo tanto, más que su duración, son estos los parámetros que permiten delimitar el campo de las psicoterapias breves. La relación paciente-terapeuta está enmarcada, pues,

por la flexibilidad del encuadre y en el centramiento de los aspectos problemáticos definidos por el motivo de consulta. El paciente y su problema ocupan el centro de la situación terapéutica; el terapeuta y su teoría se ubican en la periferia.

Las teorías no son moldes rígidos a los que debe adaptarse la realidad. Cuando un terapeuta intenta forzar la realidad del paciente para hacerla "entrar" en sus moldes teóricos, a menudo éste termina por abandonar el tratamiento. A continuación, esto es interpretado por el terapeuta como una "resistencia" y, al hacerlo, evita evaluar la posibilidad de que el error haya estado en el método empleado. De ahí la propuesta de flexibilidad como uno de los ejes principales para el trabajo en las terapias breves. Tal flexibilidad no es sinónimo de falta de rigurosidad. Por el contrario, implica un conocimiento amplio y fundamentado de las distintas formas de abordaje terapéutico, una renuncia a la convicción narcisista de que el propio marco referencial es el correcto y todos los demás son erróneos; además de la actitud positiva y abierta que el terapeuta debe tener ante ello.

6. LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA.

6.1 Procedimientos Básicos.

6.1.1 La Transferencia.

Desde el punto de vista de este tipo de psicoterapia, la transferencia es entendida como la totalidad de la relación que el paciente establece con el terapeuta, la cual incluye las

ideas, los temores, simpatías, antipatías y esperanzas racionales y no-racionales antes de conocerlo personalmente y cualquier otro tipo de proyección que manifieste el paciente durante la terapia; no obstante, no se le debe confundir con el mecanismo de defensa mencionado. Son dos procesos muy distintos.

En este tipo de psicoterapia, es importante que la transferencia sea lo más positiva posible, por lo que se recomienda dirigir la terapia en términos de un analista al cual el paciente perciba como una persona "agradable, confiable, comprensiva y condescendiente". Además es de valor darle la seguridad al paciente de que se le puede ayudar en la problemática por la que acude a consulta. Es recomendable transmitir una imagen de una persona benigna, interesada y dispuesta a ayudar.

Por otro lado, Bellak nos advierte, que debemos como terapeutas, ser capaces de predecir y controlar la transferencia positiva en aquellos pacientes que tienden a entregarse en forma excesiva a la terapia, de manera tal que establecen un tipo de relación dependiente con el terapeuta. En estos casos puede combinar la cortesía común con la actitud de predisposición para ayudar a orientar profesionalmente al paciente. Ante cualquier situación contratransferencial, se deben buscar datos ajenos a la relación terapéutica para interpretar la conducta.

6.1.2 El Motivo de Consulta.

Generalmente, en las terapias breves, el problema que se presenta suele ser muy claro y suelen servir de guía, la historia de la vida y la situación actual del paciente. Los factores

contribuyentes, suelen establecer las relaciones causales, las cuales llevarán a las formulaciones que permiten los hallazgos sobre la etiología del caso.

Por otro lado, las dificultades se presentan cuando el paciente exterioriza quejas, que no hacen otra cosa que ocultar la verdadera situación. Y es que el paciente presenta su problemática en función de cómo él la ve, por lo que debe tratársele con dignidad y disposición para entenderlo, sin perder de vista los factores dinámicos que intervienen en el proceso.

6.1.3 La Historia del Paciente.

El terapeuta logra establecer el diagnóstico del paciente a través de la configuración de su historia personal y familiar, ante lo cual se apoya a través de la entrevista clínica inicial. La formulación se orienta en primera instancia, hacia la historia detallada de la personalidad; en ella se cuestiona al paciente acerca de la problemática por la cual acude por ayuda profesional, motivándolo a su descripción e iniciación; de esta manera el terapeuta inicia el proceso del establecimiento de los factores precipitantes y las relaciones causales con respecto a las dolencias del pasado, la vida actual y las relaciones con los demás, incluyendo el medio laboral, vocacional y social. Posteriormente, irá estableciendo los factores en el proceso del crecimiento a través de su vida, para finalmente, establecer la formulación dinámica del paciente, ante la cual, le es de mucha ayuda el material histórico con respecto a los sueños remotos y presentes. Lógicamente esta formulación contemplará los factores y aspectos de importancia adquiridos a través de las entrevistas.

Para facilitar la comunicación del paciente, principalmente de aquellos que se encuentran en edades avanzadas, son de utilidad técnicas como el S.A.T., el uso de la hipnosis (aunque con sus limitaciones).

Bellak concluye a que una historia sólo se considera completa si como resultado de ella, el origen del padecimiento actual se puede comprender completamente en términos dinámicos y se puede relacionar con los sucesos genéticos, de desarrollo y culturales que lo precedieron.

6.1.4 Las Relaciones Causales.

Todo terapeuta con entrenamiento dinámico, comenzará a iniciar las relaciones causales del caso, en el momento en que el paciente relata su problemática y su historia personal y familiar; para ello, requiere una amplia formación en la teoría psicoanalítica y en la práctica clínica. De esta manera, podrá comprender cómo un síntoma fue precipitado por un determinado suceso y cuál es el significado tanto del síntoma como del suceso, tanto dinámicamente como desde el punto de vista del paciente. También lo relacionará con la historia y la estructura específica de la personalidad del paciente.

6.2 La Intervención.

Como parte del tipo de población que nos interesa hacer énfasis, describiremos algunas de las intervenciones que se utilizan, pero específicamente nos referiremos a aquellas que tienen sólo una connotación verbal, considerando pues, uno de los inconvenientes que tiene que afrontar el terapeuta al tratar a personas de edad avanzada.

6.2.1 El Insight.

Existe una amplia literatura con respecto a este tipo de intervención, la cual se ha mantenido a través de los cambios evolutivos que ha presentado el proceso dinámico. Como parte de la intervención tradicional, lo utilizamos específicamente en el efecto observable, ante el cual se logra, en muchos casos, un ajuste dinámico de la personalidad.

Es importante comprender que se debe tomar en cuenta la capacidad y la disposición del paciente para emplear y aceptar el insight, en lo referente a la interpretación de sus impulsos; como por ejemplo, si éste forma parte de su personalidad. En estos casos es importante que el terapeuta oriente al paciente de manera tal que logre que éste lo descargue de forma no destructiva, para luego reorganizar las defensas como parte del reajuste del paciente.

El insight debe ser utilizado con mucha prudencia debido a las limitaciones del tiempo que establece la psicoterapia rápida.

6.2.2 La Interpretación.

En la medida que el paciente adquiere insight sobre las causas de sus síntomas, tiene que ir estableciendo la separación de los mismos. En el tema que nos concierne, en algunas ocasiones, el impulso tiene que hacerse egosintónico; y en otras, ego-ajeno. Así pues, de esta manera, Bellak y Small nos señalan que la intra-agresión del paciente depresivo debe transformarse en extra-agresión, mientras se toman medidas de precaución para que esto último no se vuelva inapropiado. Nos puntualizan que lo más importante en este punto sería evitar el peligro de caer en la simplicidad excesiva, es decir, el tener como meta un sólo propósito.

Consideran a la negación y represión como las menos peligrosas consecuencias de confrontar al paciente; y las más graves, las irrupciones de pánico, depresiones profundas y hasta el suicidio. Aquí debemos hacer un alto para señalar el peligro al confrontar el impulso agresivo: el impulso será menos tolerable para la persona y probablemente el aumentará la intra-agresión, lo cual puede provocar un aumento en el riesgo suicida. Entonces, en estos momentos es indispensable que el terapeuta tenga un amplio conocimiento acerca de la dinámica del paciente, sobre todo, en la capacidad del yo para tolerar la confrontación.

Igualmente, debe evitarse realizar interpretaciones acerca de las cualidades de un impulso hasta que el paciente esté preparado para aceptarlas; de lo contrario, se podría provocar sentimientos de amenaza, alterando, de esta manera, el proceso terapéutico. El terapeuta encontrará el momento preciso cuando considere que el yo esté lo suficientemente fortalecido.

6.2.3 El Incremento de la Autoestima.

Para muchas personas que deben asistir a terapia, es un golpe sumamente duro para su autoestima, pues piensan que el tener que recurrir por ayuda profesional, demuestra su incapacidad para manejar sus problemas. Por ello, en la mayoría, por no decir en casi todas las terapias, es necesario utilizar la técnica del fortalecimiento del yo mediante el incremento de la autoestima del paciente.

De esta manera, luego de obtener información a través de la historia del paciente (entrevista clínica), el terapeuta le señala al paciente las características positivas de su vida, los logros que ha experimentado, las dificultades que ha tolerado y cómo dentro de sus recursos los ha manejado, y, en especial, su disposición de hacer algo racional para mejorar su estado actual.

Por otro lado, es importante brindar una explicación acerca de los sucesos por lo que todo ser humano vivencia, y que al igual que él, otras personas han sufrido, y que por lo tanto, no existe nada pequeño o malo en ser paciente, ni nada especialmente grande o maravilloso en ser terapeuta; de esta manera, el terapeuta se ubica en una posición de respeto, de autoridad, pero en términos de igualdad ante el paciente, hecho por el cual (se explica) ambos pueden dialogar y discutir acerca de su problemática.

No obstante, el terapeuta debe establecer perspectivas que se encuentren en la realidad del paciente, y no caer en comentarios, tan sencillamente por querer ser "bueno y bondadoso" con una persona que se encuentra en momentos críticos. Debe mostrar el apoyo necesario, sin perder el manejo dinámico que requiere la situación.

6.2.4 La Catarsis.

Con este tipo de interpretación se trata de trasponer el impulso o pensamiento inconsciente a la conciencia.

Bellak la define como "la confrontación con precauciones óptimas, que se derivan o de la fuerza actual del yo del paciente, de un proceso terapéutico de fortalecimiento del yo, o de modificaciones en las interpretaciones catárticas".

A medida que avanza el proceso terapéutico, el paciente irá adquiriendo mayor insight y fuerza del yo. Específicamente en la terapia rápida, se necesitan realizar modificaciones para proteger al paciente del impacto total de los impulsos e ideas reprimidas, por lo que es aconsejable ser precavido en este sentido.

6.2.5 La Catarsis "Mediata".

Al demostrarle al paciente, que él como terapeuta, como persona (de autoridad) se puede permitir la expresión de hechos que el paciente consideraría como intolerables e inadecuados, el terapeuta logra que éste comprenda la posibilidad de hacer el impulso más sintónico, y a pesar de ello, mantener la sensación de alejamiento del yo.

Al respecto Bellak nos comenta que, la angustia del paciente por el impulso se deriva de las presiones del superyó sobre el yo; por lo tanto, la tarea tiene que ser la de simultáneamente disminuir las presiones del superyó y la de aumentar la capacidad del yo

para reconocer un impulso como sentimiento humano aceptable y la de aceptar que su expresión tiene que limitarse.

Por la brevedad del tiempo en la psicoterapia rápida, es recomendable utilizar esta técnica para lograr el insight "catártico" de un impulso, para no dejar al paciente con la carga de impulsos.

6.2.6 El Impulso de Represión y de Restricción.

Como lo hemos mencionado anteriormente, debemos tener mucho cuidado al interpretar un impulso, pues éste podría desencadenar un aumento en la angustia del paciente. En algunos casos, la tarea consistirá en incrementar las fuerzas operativas del superyó, en otros casos, le corresponderá el fortalecimiento del yo, en tanto otros, tendremos que fortalecer ambos simultáneamente.

En el caso de la represión, el paciente puede reflejar su conflicto a través de la actividad onírica, en la cual el impulso presiona con salir a la conciencia. El analista deberá intervenir terapéuticamente: el contenido manifiesto, la relación con los sucesos de la vida o el miedo al contra-impulso.

También, en caso de restricción, se puede fomentar defensas contra un impulso, mostrándole al paciente alternativas donde pueda manifestar (en forma no destructiva) dicho impulso o el uso de salidas sustitutas o sublimadas.

6.2.7 Sensibilización a las Señales.

En esta técnica el terapeuta trata de motivar al paciente a que comience a identificar las señales de advertencia que proceden de ellos mismos o de otras personas; de esta manera, podrá mostrarle que han existido situaciones que han presentado señales, pero que ha ignorado las mismas.

6.2.8 Seguridad y Apoyo.

Aquí tratamos de ofrecer el apoyo al paciente a través de la afirmación que el terapeuta estará a disposición. Esto es de importancia, sobre todo, en los pacientes con tendencias suicidas. El tener la seguridad de contar con el terapeuta, aunque sea simbólicamente, reafirma la seguridad en sí mismo.

Bellak sugiere que puede brindarse igualmente este tipo de apoyo a través de regalos "orales": galletas, frutas, pastillas, dulces, entre otros.

De la misma manera, son de utilidad, las expresiones de aprobación en donde suele identificarse con las emociones, expresiones y conductas del paciente.

6.2.9 Consejo y Guía.

Prácticamente el terapeuta brinda este tipo de manejo cuando dinámicamente es conveniente que el paciente siga cierto patrón de conducta, como parte del proceso

terapéutico. Se recomienda sobre todo en pacientes con conductas acting-out, en donde el terapeuta debe dirigir al paciente hacia un tipo específico de acciones, señalándole específicamente qué es lo que él desea que haga.

En esta situación, nos advierte Bellak, el terapeuta no realiza una recomendación, sino mas bien, proporciona alternativas prediciendo las consecuencias para el paciente de una u otra alternativa.

6.2.10 Consulta Conjunta.

Este es un tipo de técnica al que el terapeuta puede recurrir para lograr de cambios deseables en la conducta del paciente. No sólo es importante, la relación exclusiva del terapeuta con el paciente, sino también la incorporación de personas que intervienen o participan del conflicto del paciente. De esta manera, se logra en enfrentamiento de problemas de una forma más directa.

7. LA PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA.

Las personas, sobre todo las de avanzada edad, están en la constante búsqueda de métodos rápidos que le sean beneficiosos a la solución de sus problemas urgentes, o a aliviar sus "molestias" emocionales a fin de que pueda sobrellevarlas, por lo menos, hasta que pueda realizarse un tratamiento más prolongado. Sienten que carecen precisamente de

tiempo para invertirlo en terapias largas y desean resolver todas las lagunas pendientes en su vida de la manera más rápida posible. Por ello, en la búsqueda de la solución de esta problemática, consideramos más adecuada a las expectativas del adulto mayor, una psicoterapia breve, no sólo por la demanda en sí, sino también por disposición psíquica y el bienestar del paciente.

A continuación establecemos algunos de los principios básicos y procedimientos de la psicoterapia breve, que específicamente en la vejez, debemos considerar en el proceso terapéutico.

7.1 Principios Básicos y Procedimiento.

Los principios y procedimientos que se emplean en la atención de pacientes de edad avanzada son los mismos que se aplican a los más jóvenes; lo único que el terapeuta debe tener en consideración los problemas propios de esta etapa; es decir, los de nivel físico (enfermedades) y de condición social, además de contar con el conocimiento y la experiencia acerca de la población geriátrica.

Bellak (1970), afirma que debido a que estas personas sienten que les queda poco tiempo de vida, reciben con beneplácito un planteamiento y solución breves y directos de los problemas y molestias emocionales que le aquejan, lo que hace que respondan favorablemente a establecer y mantener una transferencia positiva.

Recomienda, que la psicoterapia breve debe ser aplicada por medio del teléfono si el enfermo estuviese inmovilizado. Las sesiones tendrán que ser apropiadamente breves y

para aquellos pacientes que tienen una capacidad reducida, sólo serán de quince minutos. Enfatiza que si la atención del paciente se mantiene y no existe una extenuación física, las sesiones psicoterapéuticas de 45 ó 50 minutos son las más indicadas.

Es necesario comenzar por obtener una historia completa, ya que al éste proporcionarla se le da la oportunidad de sentir la satisfacción de comunicarse, especialmente cuando sufre de falta de atención y compañía agradable. De ser lo contrario, debe consultarse a sus allegados y personas de su afecto.

Se hace necesaria la comprensión de los sucesos precipitantes y su relación con las situaciones actuales y la historia misma en general.

La identificación de las zonas problemáticas puede facilitarse por medio de la aplicación de técnicas descriptivas, tales como el S.A.T. (Senior Apperception Technique), la cual fue diseñada para identificar algunas de las más frecuentes situaciones que llevan a los ancianos a los problemas psiquiátricos. De los 16 cuadros que se le presentan al anciano, deben usarse solamente aquellos dibujos que tengan relación con la problemática que presenta el paciente.

8. PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA

En la búsqueda de una psicoterapia que fuera rápida y beneficiosa a aquellos que presentan problemas urgentes, aparecen las Psicoterapias Breves, las cuales tienen como objetivo lograr una meta terapéutica específica (como ocurre en las terapias de mayor duración) a través de pocas sesiones.

Leopold Bellak (1995), define su Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, modelo de intervención que utilizamos en el presente estudio, como aquella que se enfoca en los rasgos cruciales del trastornos que se presenta; es decir "comprender al paciente de la manera más completa posible, desde todos los puntos de mayor ventaja y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz" (pág. 8)

Intenta establecer un punto central para explicar el por qué el paciente acude a consulta ese día en especial, cuándo inició su problema y en qué forma existió en su historia anterior. Además, intenta salvar la discontinuidad entre la infancia y adultez, entre pensamiento de vigilia y de sueño, entre lo que es consciente e inconsciente y la interrelación de estos factores con los componentes biológicos, sociales, familiares y físicos de la vida del paciente.

Considera los síntomas como intentos de solucionar sus problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Se refiere a que la conducta para enfrentar las situaciones se aprende dentro de un medio social, étnico y familiar. De esta manera, el tratamiento es un intento por ayudar a la persona obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existen entre ésta y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas.

Concluye, que "la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) se enfoca en lo que el paciente ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible". Agrega que se "enfoca y selecciona los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes" y aclara que se debe seleccionar el problema y metas para el tratamiento y no al paciente.

Nos advierte que en los factores terapéuticos de la conducta suicida, debemos tener presente la visión en túnel (perciben un espectro reducido y a menudo sólo dos alternativas) y enfocar la meta en ayudar al paciente a tener una visión más amplia que la que su visión de túnel le proporciona y que sea capaz de ver sus alternativas y opciones.

Dicha psicoterapia consta de cinco o seis sesiones de cincuenta minutos, por lo general, una vez a la semana, con una sesión de seguimiento un mes después. Se deben realizar una anamnesis completa con su respectiva valoración psicodinámica y estructural, tomando en cuenta los aspectos médicos y sociales en que se ha desenvuelto el paciente. Posteriormente se establecen los planes para las áreas y métodos de intervención y las secuencias de las mismas. Y, si lo consideramos adecuado o necesario, decidir si se le aplicará la terapia individual únicamente o si se combinará con las familiares; o también si es pertinente, el uso de fármacos o la hospitalización que desempeñan un papel principal en el manejo de la depresión del paciente con tendencias suicidas, mediante las cuales podemos obtener mejores resultados de la psicoterapia.

Este tipo de psicoterapia considera necesario hacer énfasis en la disminuida autoestima del paciente, la confianza que se le puede dar partiendo de sus capacidades y de las fuerzas de su yo, la revisión de la agresión, ilustrar los rasgos dinámicos en relación a una figura contemporánea de la vida del paciente, en las manifestaciones de transferencia que deben tratarse de inmediato y con claridad, sobre todo si son negativas y el paciente no las expresa; la importancia de la disponibilidad y la guía del terapeuta en todo momento.

En la sesión inicial, se explora el síntoma principal y la evolución del mismo; los síntomas secundarios, relacionados con el principal; los antecedentes personales involucrados en la infancia, relaciones con personas significativas en su vida pasada y

presente, los progenitores, la atmósfera familiar, los aspectos étnicos y culturales que se relacionan al paciente; los antecedentes familiares tales como la característica de la familia en diferentes etapas de la vida y cómo han influido en el paciente, características de los miembros de la familia, con quién se identificó, con quién vivió y vive, otras personas significativas las cuales el paciente las sienta como familiares, su relación con el medio, antecedentes médicos y psiquiátricos en la familia. También se evalúa las tendencias del paciente y su conflicto e interacción con la realidad, el superyo y el yo. El uso de defensas y cómo trabajan: rigidez, holgado o apropiado. Este tipo de análisis ayudará al terapeuta a realizar la formulación psicodinámica y estructural del paciente.

Las siguientes sesiones se deben iniciar con un saludo cordial de parte del terapeuta al paciente y el cuestionamiento de cómo se ha sentido desde la última sesión, principalmente con respecto a los síntomas que presentaba. Es importante explorar en la segunda sesión los sueños: la noche después de la primera sesión o la noche anterior a la segunda sesión. Aquí se logrará completar la historia del paciente y el cuadro dinámico. Paciente y terapeuta dialogan acerca de las reflexiones acontecidas en la primera sesión.

En la tercera sesión, ya se habla sobre la separación terapéutica inminente y que producto de ello, quizás la próxima vez se sentirá peor y se le explicará que esto es producto del miedo a la separación y/o abandono.

En la cuarta sesión, nuevamente se expone el tema de la separación (psicoterapia) y se dialoga sobre los problemas de separación que han existido en su vida.

En la quinta sesión se hace un repaso de todo el período del tratamiento. Es importante terminar con una relación positiva con el paciente. En esta ocasión, podrá observar la otra cara del terapeuta, en el sentido más común: éste compartirá actividades afines con el

paciente, para disminuir la distancia entre ambos. Se le dialoga sobre la importancia de la sexta sesión de seguimiento, la cual podrá realizar a través de una carta, de una llamada telefónica o mediante la asistencia personalmente al consultorio. Se le recordará que sino se siente bien estará disponible pero que debe tratar en lo posible, evitar la dependencia hacia el terapeuta y que la terminación de la terapia puede causar problemas, como lo han discutido en sesiones anteriores. Ante ello será enfático en que estará disponible si realmente lo necesita, pero que debe tratar de "no necesitarlo", porque es bueno que continúe sólo, haciéndole énfasis en que puede hacerlo y posee las capacidades para enfrentarse a ello, recurriendo, de esta manera, a elevar la autoestima y confianza en sí mismo del paciente. Finalmente, puntualiza que si en algún momento necesita, después del tratamiento, un especialista, podrá contar con el apoyo del terapeuta, para su referencia.

En la sexta sesión, se analizarán los logros terapéuticos y se decide si será necesario un posterior trabajo terapéutico. Es importante mantener o reforzar la transferencia positiva con el paciente.

Es necesario recordar la ventaja que establece Bellak y Small ante la utilización de este tipo de terapia, y es el hecho de que se puede utilizar como medida preventiva, ya que en muchos casos impide que el mal evolucione hacia una desadaptación grave que puede llegar a ser una enfermedad seria y crónica.

8.1 Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia del Suicidio.

Antes de describir los factores específicos a considerar en el manejo terapéutico de los pacientes con tendencias suicidas, es importante señalar que Bellak recomienda explorar en la anamnesis de la sesión inicial, la existencia de una historia familiar con respecto a la conducta suicida (tendencias suicidas) y/o actos que nos hagan sospechar la utilización, en el pasado o en el presente del paciente, de conductas "acting out" violentos, las cuales nos podrán confirmar que el paciente puede tener el impulso de "ser capaz de" ejecutar un autodaño violento.

Los diez factores específicos, a los que se refiere Bellak son los siguientes:

- Situaciones o factores precipitantes: Depresiones, situaciones de pánico y conductas "acting-out" (presentes o pasadas)
- Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías: Ayudar al paciente a exteriorizar las fantasías, sobre todo, aquellas relacionadas a las probabilidades de sobrevivir tras cada intento suicida; esto le servirá como efecto catártico. Estas fantasías primitivas, unidas con el problema de control de impulsos, aumentan el riesgo suicida. Es importante identificar e interpretar el origen de las agresiones introyectadas y su efecto en la transferencia con el terapeuta.
- Intentos (o planes) previos y circunstancias que lo rodean: Se consideran intentos serios aquellos donde el paciente tuvo una alta probabilidad de morir pero fue descubierto por una coincidencia impredecible o donde manejó el sobrevivir a una

situación de amenaza a su vida. Cuanto más concreto es el plan suicida, mayor será el riesgo y más razón hay para preocuparse.

- Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos: Aquí es importante la historia de haber agredido a segunda persona. La intraagresión y agresión contra otros, con frecuencia parecen estar correlacionados. El denominador común es un alto nivel de agresión y un pobre control de impulsos.
- Si es agudamente suicida, se debe abandonar la neutralidad terapéutica: Si se sospecha de una mortalidad alta, es importante nuestra disponibilidad, como terapeuta, en cualquier momento. Ante ello, es necesario servir de apoyo, darle seguridad al paciente y orientarlo hacia la efectividad de otras alternativas o caminos disponibles además de la autodestrucción. Los familiares, con el permiso del paciente, deberán ser notificados de la condición actual del paciente. Se le debe informar acerca de la disponibilidad de servicios de urgencia en la comunidad, en caso de no contar con apoyo familiar.
- Trabajar con la visión en túnel: Es importante mostrarle que existen otras opciones, en lugar de autodestruirse.
- Trato para un aplazamiento y uso de otras variables involucradas en el "acting out": Consiste en demorar el hecho crucial. Con ello, es posible lograr una oportunidad para intervenir. Algunas técnicas que ayudarían son la interpretación catártica del impulso oculto, identificar las señales de alerta, reforzar el superyó, retirar al paciente del escenario provocador, entre otras.
- Trabajar con los factores pertenecientes a la depresión y el pánico: Son de importancia la autoestima, el superyó severo, la (intra)agresión, la pérdida, la

desilusión, la decepción, la interpretación de la negación, el relacionar al pánico exógeno y endógeno haciéndolo egodistónico, estar disponible al paciente, utilizar catarsis o catarsis mediata.

- Buscar personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios. Parientes que lleven a casa al paciente, o en casos extremos, abandonar la neutralidad terapéutica y llevar al paciente a casa u hospitalizarlo; por ello es importante que el terapeuta trabaje directamente con una persona significativa en la vida del mismo: padres, cónyuge, amistades. No se deben olvidar los recursos de centros hospitalarios o de salud. Ayudaría la conformación de una red familiar y social.
- Fármacos y hospitalización: Se debe conocer los médicos y especialistas con quienes se atiende el paciente y establecer contacto con ellos. Bellak recomienda a los terapeutas mantener relación estrecha con algún hospital para que en caso de urgencia, el paciente pueda ser brevemente hospitalizado, para alejarlo del peligro. No descarta el uso de la farmacoterapia. Igualmente, los psicólogos debemos establecer relaciones profesionales con psiquiatras en caso de que el paciente necesite medicación o intervención de su parte.

Bellak es enfático al señalar que al tratar pacientes suicidas, o con este tipo de tendencias, hay que recordar que aún existen muchas variables que se desconocen o todavía no se comprende su influencia en el acto en sí; y que como cualquier trastorno serio, debemos estar preparados para la aceptación de pérdidas humanas.

9. LA REMINISCENCIA COMO TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA

La clínica actual ha rebasado las creencias de que recordar el pasado era un proceso regresivo en el adulto mayor. Hoy día se utiliza la reminiscencia como una función que permite recordar pensando, hablando, relatando o intercambiando con otros, experiencias, vivencias, expectativas, ilusiones, en fin, tiempos vividos con mayor o menor alegría, con mayor o menor dolor. Y es que se ha observado que es más saludable en lo que respecta a la salud psíquica de los adultos mayores, pensar y hablar de lo que le está ocurriendo, sobre todo si lo hace con otras personas afines a ellos.

Salvarezza (1996) es muy cuidadoso al definirla como "una actividad mental organizada, compleja y que posee una finalidad instrumental importantísima: la de permitirle al sujeto reafirmar su autoestima cuando sus capacidades psicofísicas y relacionales comienzan a perder vitalidad".

La reminiscencia es un recurso psicoterapéutico de inmenso valor. En la práctica clínica, investigadores han sido partícipes de que los adultos mayores que tienen la posibilidad de recordar, manifiestan menos tendencias depresivas.

La Dra. Virginia Viguera (1998), tomando como referencia su experiencia en el tratamiento de adultos mayores, puntualiza entre las funciones y logros de la técnica de la reminiscencia, los siguientes aspectos:

- * Favorece la integridad.
- * Refuerza la identidad y aumenta la autoestima.
- * Permite la resignificación.
- * Estimula los duelos.

* Manifiesta el logro de la longevidad.

* Ayuda a mantener la memoria colectiva.

Agrega que favorece la integridad porque relaciona lo vivido, el pasado al presente constituyéndose así en una vivencia de continuidad, de historia de vida. Hay una reconciliación con la vida que tocó vivir, evitando así una excesiva añoranza por lo no vivido. Con respecto a la identidad, el envejeciente se visualiza en el niño y el joven que fue, en el adulto que creció y ahora, en el adulto mayor en una nueva etapa de la vida; puesto que debe conservar su identidad y lograr la continuidad de ella a través de los cambios. Se refuerza la autoestima porque se recuerdan hechos donde se tenía mayor vitalidad, en donde se pone de manifiesto todo lo que se hizo y se lo reconoce como propios. Se logra traer a la memoria momentos vividos con intensidad y habla sobre la potencia y lo vital que se vivencia como disminuido en el presente, dándole un mayor sentido. Se resignifica porque se le puede dar nuevos significados a las cosas vividas. El duelo, como parte de afrontar una pérdida significativa, le lleva a desprenderse íntimamente de los objetos perdidos. En lo que respecta a la longevidad, se puede mostrar ante sí mismo, una historia de vida, llena de vivencias y la supervivencia le indica un triunfo sobre la muerte. En lo referente a la memoria colectiva, la mantiene a través de la transmisión de los hechos del pasado a las nuevas generaciones.

Si hay una resistencia a recordar es precisamente porque esos recuerdos reprimidos están ligados a pérdidas que el envejeciente ha ido acumulando en distinto grado y significado.

De allí la importancia de incorporar el pasado con toda su riqueza y vitalidad al presente, integrando así a través de una vivencia de continuidad, una historia de vida siempre personal, singular, única.

Los adultos mayores, a través del trabajo de duelo, se permiten el alivio y liberan energías para ponerlas en nuevas actividades.

Ayudando a comprender y asumir la muerte propia con los miedos que ello implica, revalorizamos desde ahí, el tiempo de vivir, con una connotación nueva cual es el incorporar los permisos para el placer, la alegría y el disfrute del tiempo. Esto le permite ir aprendiendo nuevas estrategias para adaptarse al medio socio-cultural que les toca vivir; lo que les motivará a transmitir a las nuevas generaciones sus experiencias de vida y el nuevo modelo de envejecer.

CAPÍTULO III: DESARROLLO DE LA INVESTIGACION

1. METODOLOGIA

1.1 Antecedentes

El suicidio ha sido una conducta que se ha manifestado en el transcurrir de la historia de la humanidad, convirtiéndose en un fenómeno humano universal.

Si retrocediéramos a través del tiempo, nos encontraríamos con el hecho de que en el Oriente, durante muchos siglos, se consideraba la conducta suicida como un acto elogiable. En una ocasión, como parte de su expresión ante la indignidad humana, se suicidaron muchos filósofos debido a que los libros de Confucio fueron quemados. Los griegos y los romanos tenían lugares públicos destinados a la consumación de la muerte, debido a que el suicidio era considerado un deber entre los vencidos.

Aunque el Cristianismo en sus primeros siglos aceptaba el suicidio en ciertas circunstancias, Sarró y De la Cruz (1991) nos señalan que esta actitud se modificó hacia una posición intransigente, que culmina con San Agustín, al sentenciar que cualquier forma de suicidio se sitúa en contra de la ley natural, puesto que "el que se mata a sí mismo es un homicida; y es tanto más culpable que aquel que trata de demostrar su inocencia" (pág. 12)

Los psicólogos y psiquiatras J. González, Y. Ramos, C. Carbonell y J. Bobes (1998), puntualizan que con el libro de Guetelet (1835) titulado "Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades", se puede decir que inicia la psicología de la vejez. A partir de entonces se van creando asociaciones, institutos de la vejez, publicaciones, entre otros. Concluyen

haciendo el señalamiento de que estos estudios adquieren gran auge después de la segunda guerra mundial.

Resulta interesante que ya desde el siglo pasado, se consideraba a las personas mayores como una población de alto riesgo en lo que respecta a las manifestaciones de las conductas suicidas. Durkheim (1897), quien se dedicó al estudio de la conducta suicida desde un enfoque social, categorizó los suicidios entre los pueblos primitivos en: suicidios de hombres llegados al umbral de la vejez o atacados de enfermedad, suicidio de mujeres a la muerte de su marido y suicidio de cliente o servidores a la muerte de sus jefes.

Por otro lado, Kalish afirma que el gran estallido con relación a los estudios de la vejez, surge en 1961 con el libro de Cumming y Henry: "Envejecimiento: el proceso de la desvinculación". Posterior a ello, "se inician las creaciones de revistas sobre la vejez" (Binstock, Birren, Shanas).

Sigmund Freud fue el primero en ofrecer explicaciones psicológicas al fenómeno suicida, postulando que los mismos eran intrapsíquicos. Es a partir de sus escritos *Duelo y Melancolía* (1917) y *Más allá del principio del placer* (1920), cuando interpreta la relación de suicidio, melancolía y agresión introyectada.

A partir de este momento, se inicia una serie de estudios tendientes a darle una explicación a la conducta suicida, las cuales han evolucionado a lo largo del tiempo.

1.2 Planteamiento del Problema

La experiencia que hemos tenido en el campo de la atención terapéutica a adultos mayores nos reporta insatisfacciones o quejas con respecto a la pérdida de sus roles sociales o el poco contacto que tienen con familiares cercanos.

Producto de esta situación, encontramos en ellos manifestaciones de aislamiento, tristeza, apatía, pérdida de apetito, insomnio, y otras expresiones propias de la condición del adulto mayor; hasta que sin explicación física alguna, comienzan a caer en un abandono total, a pesar del seguimiento y atención médica que reciben diariamente. El mencionado abandono se caracteriza por un rechazo a alimentarse, a tomar los medicamentos o exagerar las dosis recetadas por el médico, dejarse caer causándose graves heridas y hematomas, arrancándose la sonda, entre otras. Este tipo especial de conducta ha sido denominada parasuicida, ya que si bien no se consideran suicidas porque el hecho no se ha consumado, los adultos mayores tienen la característica especial de manifestar sus ideas y actos suicidas a través de conductas que lesionan a su persona, a su cuerpo, debido a que en la mayoría de las ocasiones, su condición física no les permite realizar en sí un acto de esta naturaleza.

Preocupada por esta condición, y en la búsqueda de una solución pronta y efectiva, incorporé una intervención breve a los envejescentes que manifestaban dicha conducta. Para ello, seleccioné la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de Leopold Bellak como modelo terapéutico y nos planteamos la siguiente interrogante:

¿En qué medida la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia (P.B.I.U.) de Leopold Bellak, ayudará a los adultos mayores depresivos que manifiestan conducta parasuicida?

Siguiendo las afirmaciones de Seligman (1995) y Worden (1997) acerca de poder evaluar la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico mediante la satisfacción del paciente en cuanto al mejoramiento de su estado emocional, es decir, su experiencia subjetiva en cuanto al alivio de síntomas reportados, nos atrevimos a plantearnos otra interrogante:

¿Se sentirán satisfechos y reportarán mejoría en la manifestación de la conducta parasuicida, los adultos mayores que reciban el tratamiento psicoterapéutico (P.B.I.U.)?

1.3 Justificación

En nuestra sociedad, desafortunadamente, los adultos mayores constituyen el sector más marginado de la población, estableciéndose, en ocasiones, una actitud denominada por algunos especialistas como "viejismo"; esto es, el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se le aplican a los viejos, simplemente en función de su edad; como también la gerontofobia o temor u odio irracional hacia los viejos, la cual constituye otro tipo de actitud que asumen algunas personas.

Al respecto, Salvarezza (1992), nos señala que es precisamente de estas dos conductas que debemos estar exentas al intervenir al envejecente, ya que estos sentimientos irracionales, estructurados en conductas prejuiciosas, son especialmente peligrosas, cuando

los poseedores de ellas son los profesionales que tienen a su cargo la salud mental de esta población.

Si nos remontamos a través del tiempo en la búsqueda de estudios ejecutados en esta población, nos encontraremos con la triste situación de que poco se han realizado y que en la actualidad carecemos de información suficiente al respecto. Es por ello que consideramos necesario realizar una mayor intervención clínica en este tipo de pacientes, principalmente por parte de profesionales en el área de la psicología, ya que la mayoría de las "quejas" de ellos son físicas, pero con un significativo componente emotivo. Es necesario hacer la observación que la mayoría de las atenciones que reciben estas personas es de tipo médico (no siendo así la intervención psicológica), y en última instancia, si reciben un tipo de atención mental y/o emocional, es de tipo psiquiátrico por el hecho de que se considera que las alteraciones de la memoria o las demencias seniles con secuelas en la personalidad del paciente, son los trastornos típicos de esta edad; de esta manera, terminan recibiendo tratamiento farmacológico, restándole importancia al área emocional que prevalece en muchas ocasiones en este tipo de pacientes.

A través de nuestra experiencia de campo, hemos podido observar que los adultos mayores prácticamente no establecen relaciones cercanas con sus familiares; o si lo hacen, es de manera muy esporádica o eventual. Esta situación motiva en ellos un sentimiento de desesperanza ante la realidad de que se encuentran experimentando sus últimos años de vida. A menudo, se les encuentra aislados del resto de sus compañeros, con conductas de fuga cognitiva y de pasividad-agresividad; desarrollándose posteriormente, un cuadro de depresión. A raíz de ello, comenzamos a observar que muchos de los residentes iniciaban su conducta a través de su negativa a alimentarse e inclusive, a ingerir alimentos que de por

sí saben que les van a causar daño a su organismo. Dicho comportamiento era extensivo a otras áreas, como lo era el rechazo al aseo personal, a recibir atención de parte del personal médico y auxiliar (debido a su dificultad para deambular); a provocarse "accidentes" cuyas consecuencias eran graves lesiones; arrancarse sondas o las vendas; lacerarse las heridas con las manos; entre otras.

Nos planteamos la hipótesis de que en algunos casos, estos "accidentes" podrían constituir fenómenos suicidas similares y/o interrelacionados. Por lo tanto, en estos casos el "accidente" podría constituir un suicidio o un intento de autoeliminación encubierto.

Considerándola una población de alto riesgo suicida, los psicólogos y psiquiatras Juan C. González Seijo, Yolanda Ramos Vicente, Carlos Carbonell Masiá y Julio Bobes García (1998), confirman nuestras observaciones clínicas considerando este tipo de conducta alarmante como una acumulación de "equivalentes suicidas", denominándolas con el término de *conductas parasuicidas*: "con rechazo de alimentos y de cuidados médicos, que hace que el anciano se abandone progresivamente hasta dejarse morir"

Es precisamente, esta conducta, la que me interesaba estudiar e investigar, ubicándola dentro del contexto de la Psicología Clínica, utilizando la psicoterapia breve como técnica de intervención psicoterapéutica, focalizada en aquellos factores que inciden sobre la conducta depresiva, acting-out y suicida; puesto que, aunque no se consuma el hecho, la conducta parasuicida es considerada como un acto suicida debido a la forma especial en cómo la manifiestan los envejecientes.

En busca del por qué de este tipo de conducta, observamos que la mayoría de los envejecientes tenían una manifestación clínica en común: depresión. Al entrevistarlos,

tratando de encontrar una respuesta que explicara la conducta que estábamos observando, nos enfrentamos a otra situación: el abandono familiar.

Existía una realidad, y era que al no tener contactos directos con sus familiares, o al haber fallecido la mayoría o la totalidad de ellos, no sentían que tenían razón para vivir, por lo que habían decidido "existir" en lugar de "vivir".

A pesar de las dificultades metodológicas que tiene la medición de la magnitud de suicidios y parasuicidios en una comunidad, la revisión bibliográfica reporta hipótesis de que se ha producido un incremento de ambos fenómenos desde comienzos de los años cincuenta. Autores como Diekstra (1993) sitúan este incremento en relación con una disminución de la edad de inicio de los trastornos depresivos y un aumento de su prevalencia.

En un estudio internacional puesto en marcha a través de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, denominado WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide (1994-1997) se encontraron datos interesantes acerca de las tasas de suicidio y parasuicidio entre ancianos europeos (por 100,000 habitantes por año). En las mismas, las tasas de suicidio entre los hombres fueron de 39.92, contra 60.80 de parasuicidio, con una razón de parasuicidio/suicidio de 1.52. En tanto que en las mujeres, la tasa de suicidio estuvo en 16.78 contra 68.08 de parasuicidio, con una razón de 4.06. En resumen, existió un total de una tasa de 25.00 en suicidio contra una tasa de 65.31 de parasuicidio y una razón de 2.61.

Realmente, encontrar datos que nos brinden un aproximado del fenómeno de la conducta parasuicida, nos ofrece una expectativa acerca de la problemática; y aunque estos datos no se pueden generalizar a la población latina, resulta interesante reconocer que en

los países europeos, también existe un incremento de la conducta parasuicida, si la comparamos con la conducta suicida. Esta situación nos podría llevar a la conclusión de que necesitamos incrementar nuestra atención al fenómeno y aunar esfuerzos profesionales a fin de darle una solución a la problemática, especialmente en la vejez, ya que se considera, que por la experiencia adquirida a través de los años, las tentativas de suicidio se realizan con métodos más letales y efectivos, y que anteriormente dicha población ha utilizado medios parasuicidas; sin embargo no fueron detectadas o diagnosticadas de esta manera.

Carbonell (1985), menciona a los fallecimientos, la jubilación, el aislamiento, el rechazo familiar, la situación socioeconómica precaria, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades del círculo familiar como factores psicosociales que desempeñan un papel muy importante en los síndromes depresivos en las edades avanzadas. Dichos factores los hemos observado con frecuencia en la atención diaria de esta población.

Para justificar nuestro estudio, es necesario agregar un apartado de la resolución 46/91, del 16 de diciembre de 1991, en donde la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó dicha resolución y publica "Los Principios de las Naciones Unidas en favor de la tercera edad", la cual exhorta a los gobiernos a que incorporaran dichos principios en los programas nacionales. Los dividen en independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. En lo que compete a nuestro estudio, específicamente en los principios de cuidados, nos señalan que las personas que atraviesan por la tercera edad deben tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener a recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a

prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro; poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residen en hogares o instituciones donde se brinden cuidados o tratamientos, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de vida"

Así pues, se encuentra entre nuestros deberes y en los derechos de los envejecientes, proporcionarles atención a fin de promocionar la salud mental entre ellos.

A través de la investigación, pretendo quizás brindar a la población envejeciente, una alternativa ante la problemática existente. Mediante la misma, se logrará describir las vivencias del adulto mayor y sus reacciones en el ámbito emotivo que experimenta a raíz de las vivencias en una comunidad para envejecientes. En las sesiones, realizaremos una intervención con enfoque psicodinámico, orientada hacia la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Posterior a ello, describiremos cualitativamente el proceso psicoterapéutico y evaluaremos la efectividad del mismo, a través de la satisfacción del sujeto en estudio.

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivos Generales:

- Proporcionar tratamiento psicoterapéutico breve, intensivo y de urgencia a adultos mayores depresivos que presentan manifestaciones de conductas parasuicidas.

- Evaluar la efectividad de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia en adultos mayores depresivos (criterios del DSM-IV) que manifiesten conductas parasuicidas, a través de su satisfacción, al final del tratamiento psicoterapéutico.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Establecer la relación de las pérdidas del pasado con las del presente y cómo el adulto mayor la vivencia en la actualidad.
- Determinar y analizar la efectividad de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, en adultos mayores depresivos que manifiestan conductas parasuicidas a través de la satisfacción del paciente, al final de la intervención.

1.5 Hipótesis de Investigación

1. Los adultos mayores que participen de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de L. Bellak, presentarán al inicio del estudio, una serie de malestares subjetivos caracterizados por tristeza, sentimientos de culpa, sentimientos de ser abandonados por sus familiares, manifestaciones de pérdidas de amistades y familiares significativas en su vida, ansiedad ante la posibilidad de muerte, desesperanza, entre otras, que los llevan a estados depresivos y, producto de ello, posteriormente manifiestan conductas parasuicidas.

2. Las experiencias previas de pérdidas en la historia pasada del adulto mayor, le predisponen (vulnerabilidad) hacia la evolución de trastornos depresivos ante las pérdidas actuales que sufre como consecuencia de su internamiento en la residencia.
3. Los adultos mayores manifestarán una depresión fundamentada en el abandono de sus familiares y pérdida de vínculos sociales; llevándolo hacia una conducta de aislamiento y, posteriormente, a la ejecución de conductas parasuicidas como única solución a su problemática.
4. Los adultos mayores que sean tratados mediante la P.B.I.U. presentarán, por lo menos una mejoría, en la manifestación de las conductas parasuicidas.
5. Los participantes del estudio reportarán satisfacción de los resultados de la intervención; es decir, desde el punto de vista del adulto mayor, existirá una mejoría de los síntomas en comparación al inicio de la intervención.

1.6 Estrategia de Investigación

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1992), a este estudio le correspondería una investigación cualitativa, tipo descriptivo, en donde se observará, describirá, relacionará y analizará la incidencia de las pérdidas del pasado, en el presente del adulto mayor y cómo se manifiestan posteriormente en conductas parasuicidas. Para ello, se determinará el cuadro depresivo y la formulación psicodinámica que guiará el proceso psicoterapéutico, razón por la que también corresponde a un estudio de caso único, tipo de Intervención Terapéutica, ya que nuestro interés se centraba en una conducta clínica (parasuicidio) sobre

la cual se desarrolló una intervención terapéutica en forma individual, para tratar el problema que el paciente presentó al inicio del tratamiento.

Para poder evaluar si el tratamiento era el causante de los cambios que reportaba el paciente, se realizaron cinco réplicas clínicas, las cuales eran independientes una de la otra; es decir, el plan terapéutico fue orientado de acuerdo a las necesidades, problemáticas y quejas que presentó el paciente, al inicio del tratamiento. Estas réplicas nos ayudaban a establecer un mayor control de la investigación, para posteriormente, poder confirmar en parte, la generalización de los resultados de la investigación en la práctica.

Se establecieron las dimensiones para mejorar la validez de las inferencias del efecto del tratamiento, tales como realizar frecuentes evaluaciones cualitativas directas sobre la conducta a estudiar; la manipulación de la variable independiente de parte de la terapeuta, incrementando de esta manera, la posibilidad de que esta variable fuera la responsable de los cambios en las medidas de estudio; tratando un tipo de problema crónico (antes del tratamiento, no mejoraba con el simple paso del tiempo); realizando réplicas clínicas de los casos (sujetos con diferentes características personales).

De igual forma, otro control que hizo consistente la inferencia, reduciendo de esta manera, las amenazas de la validez interna, fue asegurar la integridad del tratamiento mediante la revisión del plan terapéutico (antes de cada sesión), siguiendo los lineamientos establecidos por Bellak con respecto a la P.B.I.U. También, para asegurar el impacto del tratamiento, se realizaron evaluaciones de observación del avance de las conductas presentadas por los adultos mayores, de parte de la terapeuta, personal de salud (médico, enfermeras, auxiliares), compañeros residentes, como también del propio paciente.

La generalización y seguimiento se evaluó mediante el mantenimiento de la conducta deseada al transcurrir el tiempo.

En una primera parte del estudio, utilizamos la técnica cualitativa de la observación participante, debido a que teníamos que iniciar el rapport a través de la interacción social, lo cual facilitaría posteriormente la recolección de datos del estudio. Para ello, deberíamos conocer el escenario donde se realizaría el estudio, como también la población de adultos mayores, su personal, las diferentes actividades que realizaba cada residente en la institución, el reglamento interno, el espacio físico que podríamos utilizar para la realización del tratamiento, el lenguaje propio de los residentes y de su personal, las actitudes tanto del personal como de los mismos residentes ante la problemática presentada, conocer acerca de la historia de los futuros postulantes al estudio e indagar acerca de los factores que podrían haber precipitado la manifestación de la conducta parasuicida en el adulto mayor. De igual manera, era de importancia en esta etapa, concientizar al personal de la residencia acerca del origen de las manifestaciones de conductas que se observaban en los pacientes; como también, de los cambios que deberían ocurrir, con respecto a la atención que recibían los adultos mayores, los cuales serían necesarios para obtener respuestas positivas con respecto al tratamiento. También se les informó acerca de la importancia de su apoyo para el éxito de la psicoterapia.

La segunda parte correspondió a la técnica cualitativa de la “entrevista en profundidad”, la cual es la propia intervención orientada hacia las perspectivas que tenían los participantes del estudio acerca de sus vidas, experiencias (pérdidas), tal como lo expresaban. No se trataba de una entrevista estructurada en sí, sino de la participación del adulto mayor y la perspectiva que éste tenía acerca de su vida.

1.7 Variables.

1.7.1 Variable Independiente:

Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia.

1.7.2 Variables Dependientes:

Conductas Parasuicidas

Adultos Mayores Depresivos

Pérdidas

1.7.3 Variables Intervinientes:

Ansiedad ante la posibilidad de Muerte

Abandono Familiar

1.8 Definición de Términos

1.8.1 Definiciones Conceptuales:

Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia: "Psicoterapia enfocada en lo que el paciente ha aprendido de manera deficiente y lo que se necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible" (Bellak, 1995)

Conductas Parasuicidas: Conductas equivalentes suicidas que hacen que el adulto mayor se abandone progresivamente hasta dejarse morir, lo cual es llamado también síndrome del deslizamiento (Bobes, J., 1997)

Ansiedad ante la Posibilidad de Muerte: Estado emocional displacentero e inespecífico que experimenta la persona ante la experiencia de muerte cercana. La persona que ha realizado en gran medida sus proyectos vitales centrales es menos probable que esté ansiosa ante la posibilidad de muerte, que aquélla cuyos proyectos aún permanecen incompletos (Neimeyer y Capman, 1980).

Adultos Mayores Depresivos: Personas que se encuentran transitando por el proceso de envejecimiento y que han sido diagnosticadas clínicamente con un trastorno del estado de ánimo (depresión)

Abandono Familiar: Rompimiento o pérdida de equilibrio de las relaciones familiares, a tal punto, de perder contacto con el núcleo familiar.

Pérdida: Experiencia de aflicción basada en la ausencia del objeto amado (Bowlby, 1983).

1.8.2 Definiciones Operacionales:

Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia: Tratamiento psicoterapéutico breve de cinco sesiones intensivas, una vez por semana; con una sexta de seguimiento, un mes después de terminadas las sesiones regulares, la cual se aplicó a adultos mayores (mujeres y hombres) de 60 a 75 años de edad con diagnóstico de depresión y con signos de conductas parasuicidas.

Conductas parasuicidas: Conductas caracterizadas por un deseo de morir, en donde el adulto mayor depresivo cae en un abandono total, manifestadas a través del rechazo de alimentos, de cuidados médicos o provocación de "accidentes" que causan graves lesiones a su cuerpo.

Ansiedad ante la Posibilidad de Muerte: Estado emocional displacentero en el adulto mayor, el cual es detectado a través de la evaluación clínica (Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte/ Collett-Lester).

Adultos Mayores Depresivos: Hombres y mujeres de 60 a 75 años de edad que son diagnosticados con depresión a través de la evaluación clínica, de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Abandono Familiar: Ausencia de contactos físicos, del adulto mayor, para con sus familiares cercanos, a través de cartas, llamadas telefónicas o visitas a la residencia.

Pérdida: Vivencia en la experiencia de vida del adulto mayor, acerca de la ausencia o carencia de aspectos significativos en su salud, relaciones con familiares, interpersonales y

sociales, en su autoimagen, condiciones físicas, sexualidad, rol social y económico, entre otras.

1.9 La Población

Corresponde a los hombres y las mujeres de 60 a 75 años, que actualmente conviven en la Residencia "Los Años Dorados" permanentemente.

1.10 La Muestra

Trabajamos con cinco casos clínicos, los cuales son de autoselección, ya que se intervino con aquellos adultos mayores de 60 a 75 años que reportaban durante la exploración clínica, diagnóstico de depresión y manifestación de conductas parasuicidas.

1.11 Mecanismo de Muestreo

Se escogió el tipo de muestreo intencional, definido por Selltiz (1980) como: "...una estrategia común de muestreo intencionado es tomar casos que se juzgan típicos de la problemática en que se estará interesado suponiendo que los errores de juicio en la selección tenderán a compensarse en sí" (pág. 124)

También a nuestro estudio corresponde el "muestreo teórico", respecto al cual Glaser y Strauss (1967), afirman que el investigador selecciona conscientemente casos adicionales

(nuevos) a estudiar de acuerdo con el potencial para el desarrollo de nuevas interrelaciones o para el refinamiento y expansión de las ya adquiridas.

Los adultos mayores formaron parte de la muestra siempre y cuando cumplieran con los criterios de selección (inclusión y exclusión) establecidos.

1.12 Criterios de Selección

1.12.1 Criterios de Inclusión

- Adultos Mayores entre los 60 y 75 años.
- La comunicación del paciente acerca de sus vivencias psíquicas y de lo que se obtiene por autoobservación, debe ser intencional y de buen agrado.
- Mantener poco o ningún vínculo familiar.
- Ser diagnosticado con depresión (DSM-IV).
- Presentar síntomas emocionales tales como: apatía, desaliento, pérdida del apetito, pérdida de peso, dificultad para dormir de noche, pérdida de interés por actividades sociales, agotamiento físico general y emocional, entre otros.
- Presentar durante la exploración clínica, manifestaciones de conductas parasuicidas.
- Habitar permanentemente en la residencia.

1.12.1 Criterios de Exclusión

- Presencia de Trastorno Mental (de acuerdo a los criterios del DSM-IV).
- Presencia de alteraciones específicas de la memoria.
- Presencia de demencia senil.
- Presencia del diagnóstico de depresión mayor recidivante.
- Consumo de drogas activas.
- Comportamiento explosivo o muy agresivo.
- Historia de intentos previos de suicidio.

1.13 Técnicas e Instrumentos de Medición

Para la recolección de los datos necesarios para este estudio, se utilizaron las siguientes técnicas de medición:

1.13.1 Cuestionario Guía

Se utilizó un cuestionario previamente elaborado, como marco de referencia, para guiar las intervenciones con los pacientes.

1.13.2 Escala de Miedo a la muerte de Collett-Lester (original)

Fue creada (1969) para eliminar el problema de la heterogeneidad de contenido de los ítems de las escalas que se usaban para medir el miedo a la muerte en aquellos momentos.

Se evalúan cuatro subescalas separadas: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de los otros, miedo al propio proceso de morir, miedo al proceso de morir de los otros.

Con respecto a la fiabilidad de la escala, Rigdon y Epting (1985), presentaron correlaciones test-retest de siete semanas con una media de 0.55.

La validez es corroborada en investigaciones en donde se presentan correlaciones positivas entre las subescalas de Collett-Lester y otras escalas de miedo a la muerte.

Hayslip (1986-1987) encontró que el miedo a la muerte y al proceso de morir de los otros estaba asociados a la ansiedad respecto a hablar del tema.

En lo que respecta a estudios realizados con ancianos, se han reportado puntuaciones más bajas que el resto de la población en la Escala Collett-Lester (Kurlychek y Trepper, 1982; Nehemkis y Charter, 1983-1984).

En investigaciones realizadas (D. Lester, 1985), las puntuaciones elevadas de la Escala de Collett-Lester han correlacionado positivamente con conductas depresivas (sólo para el miedo a la propia muerte); como también, con las actitudes hacia el envejecimiento (Hayslip y Stewart-Bussey, 1986-1987).

Escala Revisada de Collett-Lester - Robert Neimeyer (1997) realizó una revisión de la escala original debido a que las subescalas tenían un número desigual de ítems, lo que causaba dificultad al momento de puntuarlas.

En esta escala revisada, los ítems están separados en cuatro subescalas, lo cual, de acuerdo a Neimeyer, ayudará a los sujetos a analizar sus actitudes de manera más coherente. Simplifica la puntuación de un sistema de seis puntos (+3, -3) de la escala original a uno de cinco puntos (1-5). Cada subescala tiene ahora el mismo número de ítems (ocho).

Concluye Neimeyer, que la escala revisada al proceso de morir se ideó para proporcionar una medida de la ansiedad ante la muerte que distinguiera entre el miedo a la muerte y el miedo al proceso de morir y entre los miedos respecto a uno mismo y respecto a los otros.

Esta escala revisada ha sido utilizada por muchos investigadores basándose en la revisión de esos estudios, por lo que se considera que la escala revisada tiene fiabilidad, validez y utilidad razonables.

Igualmente como los cuestionarios, esta escala fue aplicada sólo como un medio para obtener información acerca de la condición del adulto mayor y obtener una medida cualitativa de autoevaluación y de impresión clínica acerca de la concepción de muerte que tenían los participantes del estudio.

1.13.3 Cuestionario Post-Tratamiento y Escala de Autoevaluación de la Mejoría del Paciente (EMP) de Botella y Ballester

Se construyó, como marco de referencia, para conocer el nivel de satisfacción o insatisfacción acerca del logro de las metas terapéuticas, de acuerdo con el punto de vista subjetivo del adulto mayor. Este cuestionario se redactó tomando como base el artículo de

Martin Seligman referente a la efectividad de la psicoterapia (The Effectiveness of Therapy: The Consumer Report Study, 1995).

La escala de autoevaluación fue tomada del manual de evaluación y tratamiento de Cristina Botella y Rafael Ballester, acerca del trastorno de pánico.

Hacemos la salvedad, que estos instrumentos de medición fueron aplicados con fines estrictamente informativos. La presente investigación, fue orientada con un enfoque cualitativo; por lo tanto, lo es por la dirección, orientación y enfoque que se le ha dado a los datos, no por los instrumentos que se han utilizado.

1.14 Métodos y Técnicas de Intervención

1.14.1 La Técnica de Apercepción para Edades Avanzadas (S.A.T.)

De acuerdo con Bellak (1995), es preferible utilizar el denominador "técnica" al de "test" al referirse al S.A.T., debido a que tratamos con "la gestalt única de los procesos del pensamiento, en estructura y en contenido". Agrega que el "estudio cognoscitivo" es el término generalmente usado ahora para abarcar la totalidad de respuestas.

Bellak y Small (1970), se refieren al S.A.T. de la siguiente manera: "este instrumento de medición, es invaluable como un coadyuvante en el proceso de diagnóstico de los pacientes depresivos con ideas suicidas, debido a que las ilustraciones de la prueba proveen un estímulo para aquéllos que se resisten conscientemente a responder a las interrogantes y están más dispuestos a contestar a los dibujos de la prueba sin percatarse de lo que están comunicando inconscientemente. La prueba es útil para valorar la extensión de la

negación, para identificar los deseos de paz, de sueño y quietud asociados con la muerte; para revelar la intra-agresión, para indicar el grado de represión del superyo y para evaluar el nivel al que las ideas suicidas, si las hay, son egodistónicas o egosintónicas".

Siendo una extensión del Test de Apercepción Temática (T.A.T.) para estudiar los problemas de los individuos de edad avanzada, su aplicación es más amplia debido a que son revelados problemas relativamente superficiales y que son útiles al psicólogo clínico: manifestaciones de inquietudes de su relación con personas que están en su misma situación, acerca de la salud o sobre su ingreso o permanencia en un asilo.

Las historias relatadas presentan contenidos de autorreferencia, añadiendo formas específicas que pueden asumir, estados depresivos, de soledad o de hostilidad, o mas bien, su causa; reflejando problemas que el paciente, en sí, no puede verbalizar directamente.

De esta manera, el S.A.T. puede usarse para una intervención terapéutica efectiva y/o para la reestructuración de la situación presentada en el marco clínico, ya que en la mayoría de las ocasiones, una intervención breve y limitada, es todo lo que necesita el paciente de edad avanzada.

El S.A.T. facilita al envejeciente la comunicación de sus sentimientos y pensamientos al responder al estímulo, más que a un interrogatorio clínico.

1.14.2 Factores Específicos en la Psicoterapia de la Depresión y el Suicidio

Tomando como punto de referencia las características propias de los participantes, basados en la problemática que estudiábamos, se utilizaron los factores que de acuerdo a Bellak (1995), son específicos en la psicoterapia de pacientes depresivos y de aquéllos con

conductas suicidas, considerando, claro está, las conductas parasuicidas como "equivalentes suicidas".

Los factores que se consideraron para manejar terapéuticamente la depresión fueron los siguientes:

1. Problemas en la regulación de la autoestima.
2. Superyó severo.
3. (Intra)agresión.
4. Pérdida.
5. Desilusión.
6. Decepción.
7. Hambre de estímulos (oralidad).
8. Dependencia de nutrientes narcisistas externos.
9. Negación.
10. Perturbaciones en las relaciones objetales: la unidad diádica y condiciones teóricas de sistemas.

Los factores específicos utilizados en el manejo terapéutico de pacientes suicidas son los siguientes:

1. Situaciones o factores precipitantes (depresión y pánico).
2. Contenido, especificidad y primitividad de los planes y fantasías.
3. Intentos (o planes) previos y circunstancias que los rodean.
4. Antecedentes familiares de suicidios, depresión o ambos.
5. Abandonar la neutralidad terapéutica, si es agudamente suicida.
6. El trabajo con la visión en túnel.

7. La utilidad del aplazamiento y otras variables involucradas en el "acting out".
8. El trabajo con factores pertenecientes a la depresión o pánico.
9. La búsqueda de personas significativas para el paciente dentro de la situación: recursos comunitarios.
10. Búsqueda de ayuda de fármacos y la hospitalización, en casos urgentes y críticos.

Todos estos factores fueron explicados con anterioridad por lo que no procedimos a detallarlos.

1.14.3 Otros Métodos de Intervención

También se utilizaron algunos métodos de intervención que Bellak recomienda utilizar como recurso, durante el proceso terapéutico breve:

1. Interpretación.
2. Catarsis mediata.
3. Aplicación de la represión.
4. Sensibilización de señales.
5. Educación.
6. Intelectualización.
7. Apoyo.
8. Fármacos activos (proporcionados a los pacientes por el médico de la residencia).

1.15 Evaluación de los Resultados

Kazdin (1980), se refiere a un estudio de casos como "aquel en que se omiten controles experimentales y estadísticos", por lo que consideramos utilizar en nuestro estudio métodos de evaluaciones cualitativas, ya que toda información que surja de este tipo de investigaciones, debe interpretarse con mucha cautela.

Por otro lado, también distinguió, para evaluar los efectos terapéuticos o clínicos, las evaluaciones subjetivas, la cual se refiere a la evaluación de la actuación del paciente, tal como es percibida por los demás en su ambiente natural (dentro de los niveles socialmente aceptables).

Una vez obtenida la información necesaria, se describieron y analizaron las historias clínicas de manera independiente una de la otra, mediante el marco conceptual psicodinámico. Cada participante se le interrogó acerca de su satisfacción o no de los resultados del proceso psicoterapéutico breve a través del cuestionario y las escalas, después de haber terminado las sesiones. Finalmente se realizó un análisis e integración acerca de los resultados de la investigación en la búsqueda de respuesta a los problemas e hipótesis planteadas al inicio de la metodología.

Worden (1997), señala tres tipos de cambios que podríamos observar y nos ayudan a evaluar la efectividad de un tratamiento psicoterapéutico:

1. La experiencia subjetiva: Las personas que completan su tratamiento informan que subjetivamente están diferentes. Hablan de un aumento de sentimientos de autoestima y de reducción de la culpa, etc.

2. La conducta: Los pacientes experimentan cambios conductuales observables: empiezan a volver a socializar, a formar nuevas relaciones, a cuidar de sí mismos, entre otras.
3. Alivio de síntomas: Cuando se ha completado el tratamiento, la mayoría de los pacientes reportan reducción de síntomas que señalaron que tenían al inicio del mismo.

1.16 Organización de los Datos

Los mismos fueron registrados a través de cinco historias clínicas, independientes una de las otras; las cuales describieron los procesos terapéuticos de cada uno de los casos guiados mediante una Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia específica, orientadas hacia la mejoría de los pacientes (en cuanto a su satisfacción ante el tratamiento psicoterapéutico) que presentaron la problemática planteada al inicio de la investigación.

1.17 Requerimientos de Operación

1.17.1 Recursos Financieros, Humanos y Físicos

En el estudio se emplearon recursos financieros propios. Un costo aproximado del mismo es de B/2,500.00 (dos mil quinientos Balboas) sin contabilizar las horas de trabajo de la revisión bibliográfica y elaboración de la tesis de investigación.

Con respecto a los recursos humanos, se contó con el apoyo de los miembros del equipo interdisciplinario de la Residencia Los Años Dorados: el médico, las dos

enfermeras, la psicóloga y la trabajadora social. Además, recibimos la asistencia del personal de los auxiliares de enfermería y la trabajadora de actividades manuales quienes colaboraban con el desplazamiento de los pacientes al consultorio. Así como también, la supervisión del asesor de la investigación.

También se hizo necesario los servicios de una mecanógrafa para la transcripción del estudio y la contratación de una profesora de Español para la revisión de la redacción y ortografía.

En cuanto a los recursos físicos, el estudio se realizó en las instalaciones de la Residencia “Los Años Dorados”, que pertenece al Municipio de Panamá, la cual se encuentra ubicada en el Corregimiento de Pacora.

2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Procedimiento de la Investigación

Para iniciar el estudio, solicitamos autorización a la Dirección de Desarrollo Social de la Alcaldía de Panamá, mediante el Departamento de Orientación Psicológica, como también a la administración de la residencia.

En la residencia se coordinó con el personal de equipo interdisciplinario, integrado por un médico, dos enfermeras (con su personal auxiliar), una trabajadora social y una psicóloga. Este personal hizo posible la referencia de los envejecientes que participarían del estudio.

Se inició nuestra "observación participante" a través del recorrido por las instalaciones de la residencia para establecer la relación con los adultos mayores: conocer su rutina diaria, condiciones de vida, actividades que realizan en la residencia y atenciones por parte del personal del equipo interdisciplinario, entre otras. Esta técnica nos ayudó a iniciar el rapport y "romper el hielo" con los envejecientes.

La experiencia de atención psicológica en la población residente, un año atrás, facilitó el acceso a la institución y la relación con los participantes; sin embargo, por los cambios acontecidos durante nuestra ausencia y la llegada de nuevos residentes, se hizo necesario reiniciar el contacto terapéutico con la población.

También fue de importancia explicar nuestra presencia a los funcionarios para así, disminuir la ansiedad entre ellos. En esta explicación se les dialogó acerca de la importancia de la confidencialidad y privacidad de la información que brindaría el participante como parte del estudio.

Al recibir las referencias por parte del equipo interdisciplinario, se seleccionaron aquéllos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos, pero sobre todo, con nuestro objeto de estudio: adultos mayores diagnosticados con depresión y manifestaciones de conducta parasuicida durante su estadía en la residencia. Esto fue posible mediante la exploración clínica realizada.

Para establecer una relación de confianza que contribuyera al rapport se incluyeron condiciones donde el o la participante se sintiera cómodo (a). Para ello se ubicó una oficina totalmente cerrada que funcionó como consultorio, que promoviera la privacidad en la relación terapéutica, con mobiliario adecuado para el desplazamiento de la terapeuta y

del paciente y accesibilidad para los participantes con condiciones físicas que dificultaran su deambulaci3n (por ejemplo: sillas de rueda, muletas, bastones, etc.).

Luego de ser referidos, se procedi3 a obtener el consentimiento del adulto mayor para participar del estudio, enfatizando nuevamente en la confidencialidad y privacidad de su historial cl3nico y personal.

Iniciamos con las entrevistas cl3nicas (cuestionario-gu3a), para posteriormente aplicar las t3cnicas e instrumentos de medici3n seleccionados: S.A.T. y la Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester, debido a que facilitaban la expresi3n verbal de los participantes. La raz3n por la cual la escala fue incluida se debi3 al hecho de que se observ3 la manifestaci3n de esta conducta a trav3s de las entrevistas realizadas a todos los participantes.

A continuaci3n, iniciamos con la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia que tuvo una duraci3n de cinco (5) sesiones con una de seguimiento un mes despu3s de haberse establecido la quinta sesi3n. Se redujo el tiempo de las sesiones a 35 minutos, por consideraci3n de la terapeuta, para facilitar la din3mica, debido a la condici3n de la edad de los participantes del estudio. Las sesiones se realizaron en un horario de 9:00 a.m. a 12 m., consider3ndolas m3s propicias, debido a que despu3s del desayuno, existe mayor disposici3n mental y corporal del adulto mayor; adem3s, despu3s del mediod3a, almuerzan y posteriormente se retiran a su siesta.

En la primera sesi3n se aplic3 el cuestionario-gu3a (entrevista) y la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester y se iniciaba la aplicaci3n del S.A.T. En la segunda sesi3n, termin3bamos la aplicaci3n del S.A.T. El objetivo del mismo era facilitar la expresi3n verbal y reforzar la relaci3n terap3utica. En la sesi3n de seguimiento, se realizaba la

evaluación subjetiva del paciente con respecto a la efectividad del tratamiento (cuestionario post-tratamiento y la E.M.P. escala de autoevaluación de la mejoría del paciente).

Se dialogaba con las enfermeras antes de cada sesión, para obtener, de esta manera, una previa impresión de la condición física y conductual de los participantes del estudio, antes de ser atendidos.

A pesar de que estábamos en la fase de la entrevista a profundidad, periódicamente asistíamos al comedor y a las habitaciones, para observar la conducta de los participantes del estudio a fin de determinar cambios conductuales en los mismos. De esta manera, integramos ambas técnicas (observación participante y entrevista a profundidad) para mayor efectividad del estudio.

Una vez terminado el proceso terapéutico se procedió a la descripción y análisis cualitativo, basado en el diseño de investigación, acerca de la efectividad de la Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia desde el punto de vista subjetivo del paciente, que al inicio de la psicoterapia, presentaban depresión con manifestaciones de conductas parasuicidas.

2.2 Intervención Psicoterapéutica.

2.2.1 Factores de la Relación Terapéutica

a) La Transferencia

Al establecer el inicio del proceso terapéutico breve se exploró la actividad onírica, específicamente con el contenido de los sueños, a través de la búsqueda de datos que nos

pudieran indicar la forma en que el paciente procesaba la transferencia. De esta manera, se realizaron preguntas acerca de los sueños en la noche anterior a la sesión, aquéllos que recordara de su infancia, o cualesquiera que considerara constante en su vida (sueños recurrentes).

También fue significativa la forma en que se percibía a la terapeuta, encontrándonos en diversas ocasiones con un trato que indicaba lenguaje diminutivo, no en sentido de la sospecha del paciente acerca de la capacidad terapéutica de la psicóloga, sino en sentido del factor edad (de la psicóloga), comparada con la de ellos. Esta conducta es propia de los adultos mayores y es de esperarse en el proceso terapéutico. Es así como era común que se refirieran a la psicóloga con el término "niña" (¿Ya llegó la niña?).

Otra conducta fue la búsqueda de aprobación y de "agradar", a pesar de su condición depresiva, lo cual fue analizado e interpretado como parte de la relación transferencial.

También, consideramos la contraparte (contratransferencia), sobre todo, cuando los pacientes trataban de evadir los temas en las sesiones, utilizando palabras de halago hacia la terapeuta, y en los casos en que hubo pérdidas humanas (muerte).

b) La Alianza Terapéutica

Además de las visitas en las horas del desayuno y en los dormitorios (cuando fuese conveniente), se establecieron los niveles de confianza con los pacientes mediante una relación previa para reiniciar el rapport con los envejecientes (debido a una relación un año antes) y a través del establecimiento de un consultorio viable para el desplazamiento del

mismo, colocando sillas adecuadas para los pacientes y accesibilidad y espacio para aquellos en condiciones discapacitantes (sillas de rueda, andaderas, muletas, bastones, entre otras). El mismo era acogedor, con buena ventilación que permitía una temperatura agradable durante las sesiones, libre de interferencias de ruidos externos, aislado acústicamente, de manera tal que persona alguna pudiera escuchar lo que entre la terapeuta y el paciente dialogaban en las sesiones. Consideramos incorporar en nuestro estudio la importancia de la buena iluminación del consultorio debido al factor de la afección visual que presentan algunos de los pacientes. El control de este factor era imprescindible para la ejecución del SAT, principalmente.

Además, se dialogó con los pacientes acerca de lo importante que era para nosotros la discreción, confidencialidad y experiencia profesional en la interpretación del material facilitado por su consciente e inconsciente.

A pesar de que el tiempo estipulado por Bellak para su modelo de intervención (psicoterapia breve, intensiva y de urgencia) es de cincuenta minutos por sesión, consideramos prudente, reducirlo a treinta y cinco minutos, debido al nivel de atención y de agotamiento y fatiga física que presentan los adultos mayores, y así, obtener de esta forma el mayor provecho de las sesiones. También se consideraron posibles ausencias o retrasos en el proceso psicoterapéutico por motivos serios y razonables; por ejemplo, la salud del paciente, situación que fue planteada a los mismos, de manera tal que sintieran la comprensión y aceptación de la terapeuta de su medio y condición física.

Correspondió igualmente señalarles acerca de los registros en una hoja de papel, de los datos e informaciones suscitadas durante las sesiones.

Con respecto a mis honorarios, se les informó que el servicio de atención psicoterapéutica era de carácter gratuito, y que esto no significaba que la atención sería ocasional o eventual, sino por el contrario, que había mucho interés de la terapeuta y de la institución acerca de brindarles el mejor servicio, por lo que sólo se esperaba de ellos, su diálogo con respecto a sus vivencias y que cumplieran con el contrato terapéutico; y en lo que correspondía a nosotros, guiaríamos el proceso terapéutico, tratando de entender o facilitar el resto del mismo; no obstante, puntualizamos la importancia de que el éxito de la terapia dependía en gran medida de su habilidad para trabajar en alianza con la terapeuta.

Al finalizar las sesiones, se resumían los rasgos más sobresalientes de la misma, al igual que los recordábamos al iniciar sesiones posteriores.

c) El Contrato Terapéutico

Luego de establecida la alianza terapéutica, al finalizar la entrevista inicial, se solicitó autorización al adulto mayor para incorporarlo como participante del estudio. Una vez logrado, el contrato terapéutico consistió en explicarle que el tratamiento psicoterapéutico consistía en seis sesiones de 35 minutos cada una. Se les aclaró a los pacientes acerca de la continuidad de las primeras cinco sesiones y que un mes después de haberse efectuado ésta última, se llevaría a cabo la sexta sesión.

Les manifestamos que en caso tal de contraindicaciones que dificultaran o imposibilitaran el proceso terapéutico, habría la posibilidad de posibles referencias a otros profesionales para que recibiera una mejor atención.

2.3 Presentación de las Historias Clínicas y su Proceso Terapéutico

Antes de describir el proceso terapéutico de las cinco (5) réplicas clínicas que formaron parte del estudio, es importante resaltar el hecho de que, como parte de la confidencialidad de los mismos y a solicitud de los adultos mayores, los datos personales de cada paciente son presentados mediante seudónimos y cambios de nombres de lugares donde sucedieron los hechos en la vida de los adultos mayores. Sólo la dinámica de la conducta fue mantenida, tal como lo presentó o lo manifestó, el o la paciente.

2.3.1. Historia Clínica # 1

DATOS GENERALES:

Nombre:	“Señora Marcia”
Fecha de Nacimiento:	Marzo de 1925.
Lugar de Nacimiento:	Provincia Central.
Edad:	74 años.
Estado Civil:	Viuda.
Escolaridad:	Quinto grado de primaria.
Religión:	Católica.
Dirección actual:	Residencia "Los Años Dorados"/Pacora.

SÍNTOMA PRINCIPAL:

La señora Marcia, acude a consulta psicológica referida por la enfermera del residencial

donde vive, debido a que en las últimas semanas ha presentado la siguiente sintomatología:

- Se niega a tomar alimentos.
- Se percibe una voz de baja tonalidad y flacidez de los músculos del rostro.
- Su diálogo es entrecortado.
- Refleja desesperanza.
- Se autorreprocha, lo cual se combina con censuras dirigidas a terceros (los hijos y el residencial).
- Se le observa constantemente triste y no se relaciona con los compañeros de la residencia (habla poco con ellos).
- Se "queja" diariamente de dolores en una pierna (tobillo), que según la paciente, le imposibilita caminar.
- Se "queja" de abandono por parte de su familia (sus hijos), lo cual se refleja en miedo ante la perspectiva de soledad.
- Piensa intensamente en sus objetos perdidos.
- Anhela lo imposible: creencia de que la pérdida (muerte de su hija, hace años) no es definitiva y que aún era posible la reunión con el objeto perdido.
- Dirige la atención a aquellas partes del entorno en las que es probable que pueda estar el objeto perdido: entrada de la residencial, entrada y salida de vehículos del mismo, entre otras; e ignora aquellos que no se refieren a la búsqueda de esta finalidad.
- Llama (impotente) a sus hijos, sobre todo, a su hija difunta.
- Solicita comprensión y apoyo.

- Presenta problemas constantes de estreñimiento y del sueño.

HISTORIA DEL SÍNTOMA PRINCIPAL:

Hace dos meses, la señora Marcia ingresó a la residencia. Fue llevada por sus hijos con el engaño de que irían a visitar un especialista para que le curara el problema que tenía en el tobillo derecho.

Sus hijos relatan que la señora constantemente presentaba problemas con sus nueras, a las cuales les ponía sobrenombres y las insultaba. A raíz de estos problemas, ha convivido en casa de sus tres hijos y en cada uno de estos hogares ha tenido conflictos. Según ellos, “había paz”, antes de que ella llegara. Agregan que en uno de los hogares, su sola presencia ocasionó la ruptura matrimonial y afirman que decidieron internarla en el residencial porque temían que se repitiera la historia en el hogar de otro de sus hijos, debido a la conducta agresiva de la paciente con respecto a sus nueras.

De acuerdo a reporte de las enfermeras, al mes de estar viviendo en este lugar, comenzaron a relucir las “condiciones inadecuadas de salud” de la señora Marcia; sin embargo, posteriormente se fueron agravando a través de su negativa a comer y levantarse de la cama. En una ocasión, según reporte de una auxiliar, estaba tan triste que ni siquiera “atinaba a ponerse los lentes”; constantemente se le escuchaba “que quería morir”, “que ya no era útil” y que sus hijos la habían “dejado abandonada, como a una perra”.

Aparentemente, parece muy bien orientada en tiempo y espacio; sin embargo, mediante una libreta se mantiene actualizada del pasado y del presente, debido a que escribe en ella, datos personales acerca de su familia y aquéllos que considere importantes; tales como nombres, edades, fechas de nacimiento, entre otros. Guarda la libreta dentro de un “cartucho” amarrada a la andadera con la cual se desplaza en el residencial. Además,

siempre se le ve acompañada de un radio, el cual permanece encendido y se mantiene actualizada de las noticias del país. Se observa como parte de un simbolismo que representa el reemplazo de una figura de compañía.

Es notable que los síntomas de depresión aumentan cuando sus hijos no le visitan los fines de semana, que es cuando ella espera verlos. Es entonces cuando se le escucha llamar a su hija difunta solicitándole que la venga a buscar. Es importante hacer la observación de que la paciente está consciente de que su hija está muerta (aunque desea lo contrario); por lo tanto, al señalar su deseo de que "la venga a buscar" es para que la lleve a los linderos de "la muerte".

Cuando ingresó al residencial, lo hizo apoyada en una muleta. Podía desplazarse, en ocasiones, sin ayuda; sin embargo, fue disminuyendo su deambulación. En la actualidad lo hace en la andadera que le proporcionó el residencial debido a que "se siente más segura".

SÍNTOMAS SECUNDARIOS

Además de lo mencionado, la señora Marcia presenta constantes problemas de estreñimiento, siendo ésta la causa de su enojo con el personal médico, ya que diariamente desea que se le den medicamentos, los cuales se mantienen en medidas preventivas por lo delicado de su uso.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

De la historia de la familia de origen, no se tiene mucha información, debido a que la señora Marcia poco recuerda de ello.

Relata que es oriunda de una de las provincias centrales. Es hija única de sus padres ya fallecidos. Recibió una estricta educación católica con la cual crió a sus hijos. Cuando muy pequeña (no recuerda la edad), sus padres murieron, por lo que se traslada a la ciudad

capital y contrae matrimonio a los 19 años de edad con un señor de 41 años con el cual tuvo seis hijos, de los cuales tres ya fallecieron. De sus hijos, la que más recuerda es a M. También adoptó una niña, la cual también recuerda mucho (vive en los Estados Unidos). Su esposo tenía hijos de las uniones anteriores. Éste fallece cuando el hijo menor de ellos tenía aproximadamente uno o dos años de edad. Debido a su muerte, "se vio obligada" a aceptar la ayuda de otros familiares en la crianza y manutención de ella y sus hijos. Enfatiza que siempre los mantuvo a su lado hasta que se hicieron adultos.

Por razones desconocidas, la familia residió en distintos lugares de la ciudad capital y en un país del extranjero.

Su hija M. (la difunta), consigue trabajo en el extranjero y se la lleva consigo. Allá, junto a ella, la paciente trabaja en hoteles, restaurantes, hasta que en 1985 sufre un accidente automovilístico en el carro que su hija manejaba. Ambas estuvieron hospitalizadas debido a que los vidrios del carro se les incrustaron en la cabeza, y a consecuencia de ello, se le practicaron tres operaciones. Tres meses después de su salida del hospital, su hija muere (estaba en coma). Después de una estadía de nueve años en ese país, en 1986 regresa a Panamá porque en el accidente se había lesionado un tobillo y en esas condiciones, ya no podía trabajar.

Con E., su hijo, vive once años, pero debido a conflicto de separación matrimonial, que de acuerdo a sus hijos fue provocado por la señora Marcia, se muda hacia la casa de su hijo F. También con él ocurrieron situaciones que interfirieron en las relaciones intrafamiliares, al grado de llevarlo (según el hijo) a tomar la decisión de internarla en el residencial.

ESTADO MENTAL:

En la entrevista inicial, se presentó un poco descuidada en lo que respecta al arreglo personal. Mostraba atención a su aseo personal; sin embargo, su cabello estaba despeinado y su vestido desarreglado.

Su lenguaje fue ininterrumpido, cooperador y amistoso, aunque la velocidad del mismo era muy lento y su tono era bajo (apenas si se le escuchaba). Su marcha era lenta e insegura, apoyada en la "andadera" con la cual deambula por el área de mujeres de la residencia. De igual manera, su pensamiento fue fluido, y no se observaron contenidos obsesivos, fobias, ni alucinaciones; sin embargo, fue evidente la sensación de la paciente de ser abandonada y de miedo ante la posibilidad de morir sola en un lugar desconocido.

Mediante la anotación de datos en una libreta, se mantiene actualizada acerca de los acontecimientos familiares, sociales y políticos.

Su diálogo se encuentra, en su mayoría, compuesto por contenidos religiosos (católico).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

En el momento de la aplicación de la prueba de Apercepción para Edades Avanzadas (S.A.T.), la señora Marcia refleja conflictos familiares por rivalidad con sus nueras, las cuales reflejan repercusiones en la percepción de sus hijos acerca de la dinámica familiar.

Igualmente, es evidente su dificultad para adaptarse al residencial, producto de su internamiento por parte de sus hijos. Parece tener gran influencia la forma en que fue llevada al lugar. Proyecta un sentimiento de engaño y de abandono por sus seres queridos. Ante ello, prefiere la soledad; reforzada por un sentimiento de abandono y pena, cuyas bases se encuentran en la poca comunicación que recibe de sus familiares más cercanos.

También se observa un poco de ansiedad ante la espera de que en cualquier instante reciba noticias desagradables, sobre todo si tienen un contenido de pérdida de un ser amado y que ella no pueda estar presente en su despedida. Esta situación refuerza el hecho de que pueda existir un poco de ansiedad ante la propia muerte, la cual la experimenta a través de la muerte de otros.

Otro hecho interesante lo es la experiencia de situaciones que son interpretadas en el ámbito psicológico como pérdidas cuyos duelos no han sido elaborados; nos estamos refiriendo a logros alcanzados como lo son el tener casa propia, el trabajo, la familia, amistades, bienes, el control de su propio cuerpo. Todas estas situaciones han dejado de llevarse a cabo en su vida, desde el momento en que es internada.

El elemento más sobresaliente lo manifestó a través de proyecciones de ideas suicidas, en donde existe un deseo de reencontrarse con su hija difunta, en los linderos de la muerte, como única solución para dar término a su situación actual. El simbolismo utilizado por la señora Marcia, nos reflejaba que la ansiedad ante la situación de muerte no eliminaba su miedo a cómo iba a morir.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

EJE I: F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado, sin síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos [296.23].

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II. [V71.09].

Frecuente uso de la represión, quejas y rechazo de ayuda.

EJE III: Estreñimiento

EJE IV: Z63.4 Duelo [V62.82]

Problema relativo al ambiente social: abandono de familiares y dificultad para

adaptarse al residencial.

EJE V: EEAG: 51

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA Y ESTRUCTURAL

La señora Marcia proviene de un medio familiar, cuyas experiencias de pérdida han marcado la vida de la paciente. En primera instancia, su hija muere después de una agonía de varios meses, producto de un accidente automovilístico. A raíz de ello, se desarrollan sentimientos de culpabilidad por haber permanecido viva. Realmente existe un deseo de ocupar el lugar que su hija tiene entre los muertos. Posteriormente, ella también pierde su independencia al quedar afectada del tobillo del pie derecho, lo cual le impidió continuar realizando sus deberes laborales: perdiendo entonces su capacidad de dirigir y orientar su vida y, como consecuencia de ello, ahora depende de segundas personas (sus hijos).

Desde que regresa al país es ubicada en diferentes hogares, pero no logra establecer les relaciones familiares cordiales que le permita un tipo de vida agradable en el hogar de sus hijos. A raíz de ello, se crean conflictos que culminan en su internamiento en el residencial, lo cual es percibido por la señora Marcia como una medida de “traición” y de “abandono”, de parte de sus hijos.

Después de su internamiento, la señora Marcia ha presentado constantes quejas acerca de su condición física. Su estado de salud física y emocional ha desmejorado en comparación al momento de su ingreso a la residencia. En la atención diaria se ha observado una relación entre su estado emocional y su condición de salud física. Es notable que su estado emocional se basa en su tristeza y al sentimiento de "abandono" por parte de sus familiares. Mantiene una actitud de conformismo pero en el ámbito depresivo, negándose en muchas

ocasiones, a recibir alimentación, o simplemente, levantarse de la cama, solicitando así, que le lleven el desayuno al cuarto. Esta conducta se acentúa más cuando no ha recibido visitas de sus hijos, lo que indica una forma de autocastigarse, puesto que se siente culpable de la forma en cómo se comportó con las nueras; sin embargo, les resta importancia a sus fallas y las de sus familiares.

Sus autorreproches son reproches del suceso de la muerte de su hija, y que a raíz de ello, su vida cambió; extendiéndose a terceras personas (hijos, nueras; y ahora, el residencial).

Las respuestas que brinda la paciente muestran una persona de decisiones fuertes y rígidas, acostumbrada a buenas atenciones, mismas que en algunos momentos de su vida tuvo y aún añora, situación que la lleva a desvalorizar y criticar todo aquello que no sea igual a lo que tuvo.

Presenta indicio de efectos de sus pérdidas a través de las experiencias que ha tenido, mostrado a través de la historia clínica. Dichas pérdidas están siendo activadas en este momento, reforzando una autoestima baja, sentimientos de despojo, abandono y desilusión.

El manejo inadecuado de las pérdidas, la lleva a manifestar conductas parasuicidas, concebidas como medio de reunirse con los objetos perdidos, principalmente, su hija difunta. Tiende a buscar y recuperar, si se puede decir así, la figura perdida, por lo que recurre al enojo y al llanto como medios para atraer y recuperar su hija ausente o alguna otra persona que pueda ayudarle a encontrarla.

Esta situación ha causado un aislamiento y apatía social hacia toda actividad que realiza la institución.

A nivel inconsciente, quizás había decidido terminar con ella antes que la muerte le alcanzara. Había decidido morir en lugar de vivir; pero una muerte lenta, una especie de conducta parasuicida.

Se incorpora a una psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, debido a que en la exploración inicial no observamos síntomas de depresión que nos indique un tratamiento a largo plazo.

DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN:

La señora Marcia inicia su sesión utilizando un lenguaje con contenidos religiosos, brindando alabanzas a Dios. Conforme transcurren las sesiones se observará la utilización de frases con este tipo de contenido. No será raro, entonces, escuchar de ella frases como "con el favor de Dios que todo lo da", "gracias a la Santísima Virgen, madre de nuestro Señor Jesucristo", entre otras.

Continúa con una serie de quejas acerca del dolor en la pierna, el cual afirma, no la deja caminar. Parece muy orientada en cuanto a la cantidad de días que pasan, sobre todo si se refieren a alteraciones físicas. De esta manera, nos afirma que tiene trece días sin poder defecar y añade con ello, un contenido emotivo, que implica, además, la conciencia de que su organismo está pasando por cambios físicos corporales producto del proceso de envejecimiento: "¡que tristeza!, cuando una se pone ya vieja, todos los achaques le vienen a una encima". Este nivel de conciencia de su estado físico actual sale a relucir tras el reconocimiento de su condición incapacitante: "y, sin poder caminar...". Luego, tras unos pequeños minutos de silencio, expone la real fuente de su tristeza: el haber sido internada en la residencia, por sus hijos. Muestra un sentimiento de ser rechazada, asemejándose a la condición de un animal: "me dejaron como cuando uno abandona a un perro en la calle".

Continúa negando sus sentimientos señalando que era mejor así puesto que en la residencia había personas muy buenas que la atendían, y sigue dando alabanzas a Dios acerca de que bendiga a estas personas. Acto seguido, se le interroga acerca de la razón de su visita, a lo que contesta que la enfermera le había dicho que fuera a visitar a la psicóloga porque dialogar con ella, la haría sentirse mejor. Agrega que ya tenía dieciocho días de no ver a sus hijos, por lo que los consideraba unos "desagradecidos", agregando que "a una madre nunca se le abandona".

Se aprovecha la oportunidad para tener conocimiento sobre sus vínculos familiares, mencionando haber tenido seis hijos, tres de los cuales ya fallecieron. Expresa con mucho dolor el fallecimiento de su hija (dice la fecha de la muerte), enfatizando que con la muerte de la misma "había muerto su corazón". En estos momentos se observa un cambio del estado de ánimo cuando manifiesta la buena relación que tenía con su hija difunta; puntualizando que ella sí la quería y que si estuviera viva, no estaría internada en el residencial. Relata que los últimos años de vida de su hija, la pasó con ella en un país del extranjero y junto a ella, trabajó en restaurantes y hoteles, hasta que debido a un accidente automovilístico, es hospitalizada durante tres meses. Se le realizaron tres operaciones en el cráneo porque se le incrustaron los vidrios del parabrisas. Desdichadamente, su hija queda en estado de coma, por lo que a los seis meses muere, sin ella tener la oportunidad de verla, pues estaba recuperándose.

Continuamos preguntándole qué había pasado después de la muerte de su hija, contestándonos que había sentido mucho dolor (y lo seguía sintiendo) y que sus hijos la trajeron a Panamá de regreso porque había quedado discapacitada del tobillo del pie derecho. Muestra una sensación de molestia al señalar que tuvo que vivir con sus nueras,

haciendo énfasis en el maltrato que recibía de parte de ellas y que sus hijos sólo creían en las mentiras que ellas les decían. Aceptó que las ofendía porque tenía que defenderse; y por ello, ya no la quisieron más en casa. Menciona que los problemas se llevaron al extremo de que sus hijos la acusan de intentar perjudicar sus matrimonios, expresando extrañeza y sorpresa ante tales afirmaciones, ya que según la paciente, jamás sus intenciones fueron esas. Afirma que posterior a los problemas familiares, fue internada en el residencial, indicando que al inicio pensaba que sus hijos no eran capaces de abandonarla, a pesar de los inconvenientes que pasó con ellos cuando estaban pequeños, nunca los abandonó; sin embargo, cuando la llevaron al residencial, se percató de la veracidad de la decisión de internarla y comenzó a creer en las amenazas de sus hijos.

Afirma que los primeros días lloró mucho porque nunca pensó que ellos le harían eso y añadió que un día pensó que ellos no valían mucho y que eran "una partida de sinvergüenzas". En estos momentos se disculpa por el tono de voz utilizado y por "utilizar malas palabras". Se le dice que sus palabras expresaban el enojo y la molestia que durante muchos meses se había guardado dentro de sí y que si estuviera en su lugar, igualmente hubiera experimentado los mismos sentimientos que estaba expresando. Ante ello, se observa un cambio de actitud de la paciente indicando que durante todo ese tiempo se había sentido mal porque pensaba que quizás para Dios, sus sentimientos de rabia para con sus hijos, no eran buenos y el hecho de estar internada en el residencial era producto de un castigo de Dios, por haberse comportado mal con sus nueras. Le enfatizamos que Dios nos quiere a todos y que en ningún momento pensara que su estadía en el lugar era producto de un castigo, sino parte de la decisión de sus hijos y de las circunstancias, y que por lo tanto, habría que ver los puntos positivos de vivir en el residencial, puesto que había

muchas personas allí que la estimaban, que lógicamente no eran familia "de sangre", pero que si ella se lo permitía podía llegar a tener un lugar en su vida. Le recordamos que el vivir en el residencial era parte de un nuevo estilo de vida al cual poco a poco se iba a adaptar, que era un proceso un poco lento y que dependía mucho de la ayuda que ella nos brindara para que su vida fuera más sana y alegre. Enfatizamos en que mirara a su alrededor y observara el lugar tan lindo en el que vivía y toda la atención que recibía de parte del personal y que era muy afortunada de estar rodeada de tantas personas. Posterior a ello pasaron unos segundos de silencio como si fueran reflexivos. Nos dio la razón acerca de las reflexiones realizadas por nuestra parte.

Seguidamente le preguntamos cómo estaba su apetito, ante lo cual respondió que no le apetecía la comida que sirven en el residencial, que ya no tiene ganas de nada, lo cual integra con su condición física, mostrando su inconformidad porque tiene que caminar con la ayuda de una andadera, y por ello a veces (cuando su depresión es elevada) pide que le lleven el desayuno a la cama porque le duele mucho el cuerpo, el tobillo se le hincha y prefiere quedarse sin desayunar si tiene que caminar hasta el comedor, porque no desea "molestar" a las auxiliares. Agrega que a veces su cuerpo está "pesado" y trata de levantarse, pero no tiene ánimos porque está muy cansada. Añade que sus problemas de estreñimiento comenzaron recién ingresó en el residencial y que pensaba que era la comida, porque estaba acostumbrada a otro tipo de condimentación y por ello se negaba a consumirla; sin embargo, reconoce que cuando las auxiliares la miman, llevándole la comida al cuarto; al día siguiente se siente mejor. Sonrientemente, nos advierte que no le diga a nadie acerca de la observación que ha hecho, ante lo cual le contestamos que perdiera cuidado puesto que todo lo conversado en sesión era estrictamente confidencial.

Agrega que lo que deseaba era que convenciéramos al doctor para que autorizara el consumo de medicamentos, para mejorar su estreñimiento.

Le preguntamos qué otra cosa le preocupaba, y reiteró su preocupación porque sus hijos no la visitaban y que habían preferido a "sus mujeres" antes que a ella (madre). Expresa su sentir de la obligación de ellos de atenderla. Cambia de voz y en tono más suave indica que de todas maneras son sus hijos y que los tuvo durante nueve largos meses en su vientre y por eso los quiere, pero que sin embargo, a pesar de ello, la abandonaron en ese lugar sin pensar en su opinión. Aprovechamos la coyuntura para preguntarle acerca de los sentimientos que experimentaba cuando sus hijos no la visitaban. Indicó que se sentía molesta y que, al pasar los días, sentía una gran tristeza porque ellos deberían de visitarla todas las semanas como lo prometieron, y que cuando lo hacían, sentía que era por "conciencia", porque "les remordía".

Le reiteramos sobre el nuevo estilo de vida que de ahora en adelante tendría y sobre la importancia de la alimentación para su organismo y cómo su estado anímico puede influir en su condición de salud y del hecho de que sus molestias de abandono podrían reflejarse en su condición actual. Le recomendamos que cuando se despertara con un estado de ánimo bajo, hiciera todos los intentos por levantarse, asearse y en caso de problemas con el tobillo, solicitara ayuda, que era importante que fuera al comedor y desayunara, pues era muy importante que recibiera la alimentación adecuada. Por otro lado, dialogamos con la trabajadora social y la psicóloga del residencial a fin de que supervisaran la alimentación de la señora Marcia, sobre todo, con la enfermera, para que las auxiliares estuvieran atentas ante tal problemática y le prestaran la ayuda necesaria para ayudar a la paciente en su recuperación, enfatizando que recibiera el apoyo de las mismas sin intervenir en las

actividades que debería realizar por sí sola y que la ayuda se efectuara siempre y cuando la condición física de la paciente, no se lo permitiera.

Finalmente, nos señala que desea retirarse porque está cansada. Le hablamos acerca de la investigación que estábamos realizando, le explicamos el procedimiento del tratamiento y le planteamos la proposición de participar en el estudio. Ante ello mostró su interés y le indicamos que la esperábamos el próximo martes.

Agradeció el hecho de que la escucháramos y nos expresó que pensaría lo que le habíamos dicho. Nos añade que la enfermera había tenido razón al afirmar que al hablar con la psicóloga se sentiría mejor. Le afirmamos que si no podía caminar hacia el consultorio, acudiríamos a su cuarto.

DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA A LA SEXTA SESIÓN:

En la segunda sesión, la señora Marcia asiste gracias al apoyo de la andadera, y según lo refiere la paciente, ayudada por "el todopoderoso que guía sus pasos". Esta vez se le escucha un discurso de conversación más rápido y acentuado. Nos indica que después del diálogo que mantuvimos, se percató de que estaba triste y enojada ("brava") porque sus hijos no la visitaban. Nos dice que había pensado mucho y nos enseña una libreta, la cual señala que su hijo se la había traído y que la utiliza para escribir las cosas que piensa que se le pueden olvidar. Nos enseña el lugar donde había escrito mi nombre. Continúa diciendo que todavía estaba triste y sola. Agrega no tiene quejas del personal, ya que la atiende y la acompañan, pero que a veces tenían cosas que hacer y no tenían tiempo para dedicárselo a ella. Hace la observación de que ha intentado comer un poco, pero que no le da mucha hambre. Afirma que si sus hijos no la visitan tiene que comer de todas maneras, porque sino se va a morir y eso que ella estaba haciendo era "un pecado". Insiste que le da mucha

rabia, pero que todos en la residencia habían sido muy buenos con ella. También nos dijo que a lo mejor por estar preocupada por sus hijos, no cuidaba de ella. Habla acerca de que el doctor de la residencia le llamó la atención indicándole que sus hijos estaban lejos y que debería cuidar de su salud, señalando que a lo mejor él tenía razón, por lo que estaba haciendo el esfuerzo por no sentirse tan triste y aceptar que allí vivirá hasta los últimos años de su existencia.

Le preguntamos si había otra cosa que quería compartir, ante lo cual contestó que había comprendido que su tristeza la estaba llevando a hacer cosas "no correctas" como el no tener ganas de nada, ni de bañarse, ni de comer; pero que había recordado nuestras palabras y observó su derredor y vio que realmente todo era bonito y que las personas realmente eran buenas y se preocupaban por ella (nunca como la hija que se le murió), pero que veía sus buenas intenciones. Afirma que ellos no se merecen que ante tanto esfuerzo, ella les pagara comportándose mal.

Nos explica que cuando llegó a la residencia caminaba con la ayuda de una muleta, pero que después le dieron la andadera porque empeoró la condición de su tobillo derecho. Hace la observación de que sigue nuestras recomendaciones de no quedarse en cama durante el día porque allí su estado de ánimo disminuye, además de que el médico le indicó que debería desplazarse, porque sino se "entulle" y no podrá después caminar, ante lo cual expresa: ¡Eso sí que no!

Nos relata la forma en que fue traída por sus hijos a la residencia. Señala que su mayor enojo fue la mentira y el engaño. Pero que después de mucho pensar había decidido que seguiría viviendo en ese lugar y debería aceptarlo, pero que todavía no estaba muy convencida. Le señalamos que recordara nuestras palabras de que al inicio no sería fácil y

de que poco a poco se adaptaría al residencial. Aprovechamos las observaciones de la paciente para indicarle que sería muy bueno para ella involucrarse en las diferentes actividades que se realizan, sobre todo en las manuales y de sana recreación.

Nos dijo que también había pensado en los aspectos positivos de residir en el residencial. Reconoce que al inicio, le fue difícil encontrarlos, pero en los últimos días se había percatado de que ya se sentía en paz, puesto que ya no tenía que discutir con sus nueras, era un lugar bonito, sentía que las personas que se le acercaban lo hacían por su bien y de corazón y por ello le pedía a Dios la bendición para ellos. Sin embargo, expresa su descontento y enojo para con sus hijos, ante lo cual le señalamos que esos sentimientos y pensamientos eran producto de la experiencia y que era un ser humano y que como tal no consideraba que esos sentimientos fueran tan terribles como ella los percibía. En estos momentos la paciente expresa una reflexión indicando que sus hijos la habían abandonado y que para ellos era muy fácil venir a visitarla para quedar en paz con Dios, pero que el ser supremo sabía que los que habían cometido el error eran ellos y que ella hizo todo lo posible para que crecieran con bien. Agrega que ya no se siente tan culpable y que por ello a veces escucha la radio o ve televisión (novelas) para no pensar. Interrumpe su diálogo señalando que no se siente muy bien de las piernas y solicita venir otro día. Se le señala que ya habíamos cubierto los treinta y cinco minutos y que me permitiera buscar a una auxiliar para que la ayudara a desplazarse hacia el cuarto.

En la tercera sesión, la señora Marcia se presenta mejor aspecto físico, reflejados sobre todo en el rostro. Señala sentirse mucho mejor y que siente que la atención psicológica le estaba ayudando. ¿Y, de aquí (le indiqué señalando hacia el área del corazón) cómo se siente? Nos responde que ya no ha estado tan triste como antes y que sus hijos la habían

visitado, los cuales le habían indicando que habían hablado conmigo. Hace la observación de que se imaginaba que la psicóloga "le había dado su repelada, para que fueran mejores hijos". Reporta haber mejorado el estreñimiento, pero continúa su bajo apetito, aunque ha mejorado su alimentación. Da gracias a Dios por tener comida, techo y ropa.

Le dijimos que a veces cuando queremos pellizcar a alguien y no lo podemos hacer, nos pellizcamos a nosotras mismas; de la misma manera que cuando nos enojamos con alguien y no lo decimos, nos enojamos con nosotros y esto nos puede hacer sentirnos tristes y quizás causarnos daño. Le preguntamos si en alguna ocasión había experimentado esto, respondiéndonos que no estaba segura de que si cuando se enojaba con sus hijos, también se enojaba con ella, pero que sólo sabía que se sentía triste después que se le pasaba la rabia. Reflexiona y hace la observación de que sí es posible de que cuando se enoja con ellos se le quiten las ganas de comer. Le indicamos que podría haber algo de cierto en ello, que existían muchas pérdidas en su vida: primero sus padres mueren siendo ella muy pequeña, luego se casa, pero siendo sus hijos muy pequeños, su esposo muere; posteriormente cuando encuentra la estabilidad en otro país junto a su hija, ésta muere teniendo que regresar al país, y con ello también pierde la posibilidad de trabajar y ahora, pierde su hogar y sus hijos porque poco la visitan. Enfatizamos que todos estos sucesos le han llevado a tener una profunda tristeza, pero que a veces hay personas que las pérdidas les llevan a experimentar sentimientos de enojo y lastiman su autoestima (el valor que ella se da a sí misma). Le dijimos que es como si una parte suya se hubiera ido con esas pérdidas, así como me lo había dicho como cuando se murió su hija, lo cual equipara con un sentimiento de debilidad y pequeñez.

Ante estas reflexiones, la señora Marcia nos expresa la idea de que es por ello que durante todo este tiempo se había sentido triste y que comprendía que estaba sobre todo, triste y enojada con sus hijos, por haber sido abandonada y engañada para ser internada en el residencial y que ahora entendía. Le indicamos que ella no era tan pequeña; que puede ser sensible a sentirse pequeña y engañada debido a las experiencias que ha tenido, por sus pérdidas. Asiente con la cabeza, como una manera de aceptar nuestros comentarios. Continuamos señalando que a lo mejor pensó que como madre, ellos amaban y en nombre de ese amor, no la dejarían internada en una residencia para ancianos; y cuál había sido su sorpresa cuando la trajeron aquí. Nos muestra su percepción de que a pesar de que era una joven terapeuta ("niña"), nuestra reflexión acerca de la situación era valedera. Le preguntamos si había algo más que deseaba decirnos, contestándonos negativamente y agregó que le había gustado mucho lo que habíamos tratado en sesión y que ahora entendía muchas cosas de cómo se sentía y que consideraba que debía poner de su parte. Nos da la bendición (hace la señal de la cruz con la mano hacia la terapeuta).

Al finalizar la tercera sesión, le recordamos que nos quedaban dos sesiones más y la de seguimiento un mes después, para que dijera cómo se había sentido y cómo iban las cosas. Le reiteré mi apoyo y le recordamos que podría experimentar el retorno de los síntomas que manifestaba al inicio del tratamiento, lo cual era parte del proceso terapéutico. Manifestamos que podría existir el desarrollo de un sentimiento de abandono por parte de la terapeuta, por lo que sentiría miedo de terminar la terapia. Le explicamos cómo este miedo podría hacer retornar los síntomas. Le informamos que le hacíamos mención de estos cambios para que estuviera preparada si tales conductas se le presentaran. La

motivamos hacia nuestra seguridad de que tenía los recursos para enfrentar tales situaciones. Nos despedimos, recordando la asistencia a la próxima cita.

En la cuarta sesión, la señora Marcia señala sentirse bien, pero un poco enojada. Al cuestionarle la razón de su enojo, nos indicó que era porque sus hijos la habían venido a visitar y se enojó porque habían venido con exigencias al personal del residencial, situación que la puso de mal humor porque a ella todos la atienden bien. Advierte que el café le hacía daño cuando vivía con ellos porque siempre estaba "cogiendo rabia con ellos"; pero que llevaba muchos meses viviendo allí, y como está en paz, el café nunca le ha hecho daño. Añade que lo que más enojo le produjo fue que fueron muy groseros con la enfermera y las auxiliares, exigiéndoles que le pusieran crema en la piel, entre otras cosas más. Le preguntamos qué había hecho ante la situación, ante lo cual nos contestó, que les había dicho que si iban a visitarla para hacerla "coger rabia" y hacerla pasar vergüenza con la gente que la atiende, que mejor ni vinieran más; que debemos ser agradecidos y no venir con exigencias, mucho menos pagaban nada para que la cuidaran.

Le preguntamos cómo se había sentido después de haber expresado todo eso, contestándonos que ahora que lo preguntábamos, creía que se siente bien y que fue como si hubiera "sacado de su corazón una espina", que ya no sentía. Le dijimos que nos habíamos dado cuenta de que había podido expresar lo que sentía, sobre todo, el enojo que le había dado el comportamiento de sus hijos. Nos responde que había podido hacerle frente, gracias a la ayuda que había recibido durante la psicoterapia, porque le habíamos explicado muchas cosas que le han ayudado.

Nos relata acerca de un sueño que tuvo, en donde estaba en un campo (ahora vieja) y que el piso estaba lleno de rosas rojas y amarillas... Era como un jardín, y ella caminaba

sobre las rosas y sonreía. Señala que se sentía feliz en el sueño. Piensa que era como "El Paraíso" que dice la Biblia. Añade que en el sueño, sentía mucha paz y, este experimentar hizo que comenzara a dar vueltas y sonreír simultáneamente; y, en estos momentos despertó del sueño. Agrega que fue un lindo sueño.

Le preguntamos que ¿cuando vamos al "Paraíso", según la religión católica, no es cuando nos morimos? Nos respondió afirmativamente, pero que ahora que había entendido muchas cosas, esperará a que Dios se sirva de ella, porque matarse es un pecado. Le preguntamos por qué hablar de matarse y nos contestó que la terapeuta o cualquier otra persona que le escuche podría pensar que ella se mataría porque está sola, pero que se ha dado cuenta del regalo de vida que Dios le ha dado, el cual debe cuidarlo; además, repite, "es un pecado".

Nos señala que cuando despertó, después del sueño, se sintió una persona nueva y comprendió que si quería sentir esa paz que estaba en el sueño, tendría que cuidarse a sí misma y dejar que otros la ayuden, no sentirse culpable por sus hijos y que Dios le había mandado el mensaje en el sueño: "así era El Paraíso que le esperaba". Nos afirma que ya se había acabado el tiempo esperando la respuesta de la psicóloga, ante lo cual respondimos afirmativamente. Nos agrega que el martes nos veríamos por última vez de seguido, y le recordamos que después nos veríamos un mes después.

Antes de iniciar la quinta sesión, dialogamos con la enfermera quien nos informa que la paciente ha ingresado al grupo de residentes que se dedican los lunes y los jueves a realizar trabajos manuales; como también los viernes asiste a la ceremonia de la misa que el padre del sector brinda a los residentes. En esta ocasión, realizan labores de artículos con decoraciones navideñas. Al enterarnos de esto, dialogamos con la encargada del programa

quien nos indica que la paciente llega puntual a sus clases y mantiene un interés elevado hacia el mismo. Le sugerimos, incentivar constantemente a la paciente a través del reconocimiento del esfuerzo realizado y, sobre todo, tratar de lograr, a través de la manualidad, integrar a la señora Marcia en las relaciones interpersonales con sus compañeras residentes, para luego ser esto extensivo, a los hombres del residencial.

Iniciamos la sesión preguntándole cómo se sentía desde la última vez que nos habíamos visto, respondiéndonos que seguía con los mismos achaques, pero que éstos ya no eran tan seguidos. Nos advierte que piensa que ya no se encuentra tan triste como antes y que siente haber recuperado parte de sus ganas de vivir. Recuerda a la psicóloga, con acento afirmante que esa era la última vez que se iban a ver, ante lo cual le contestamos afirmativamente, pero que recordara que había una sesión de seguimiento.

Dialogamos acerca de su experiencia en su nueva actividad, señalándonos que se sentía muy bien realizándola, que ahora "había llenado toda la semana". Le preguntamos qué había querido decir con ello, contestándonos que los lunes y los jueves asistía a las clases del taller de manualidades, el martes era la terapia, el miércoles era día de recreación y a veces se iban de paseo y los viernes asistía a misa. Con ello, pareciera ser que la paciente, se había integrado a las actividades de la residencia, y con ello, su adaptación y aceptación de su diario vivir en el lugar.

Nos afirma que en la sesión pasada se le había olvidado decirnos que había tenido otra vez problemas para ir al baño y no quería levantarse de la cama; fue entonces, después de la última sesión que tuvimos, que reflexionó acerca de lo que conversamos y señala que "como un rallito" había recordado lo que le habíamos mencionado acerca de que podría volver a sentir los mismos síntomas que experimentó al inicio del tratamiento como

producto de la terminación de la terapia. Le preguntamos qué había hecho, ante lo cual contestó que con todo y dolor hizo el esfuerzo y se levantó de la cama y fue a la enfermería ayudada por la andadera, para decirle que le ayudaran con el estreñimiento. Señala muy orgullosamente que se dijo a sí misma "ánimos, no te dejes vencer, lo puedes hacer tú sola y después de todo si la psicóloga no está, otras personas buenas te pueden ayudar"; y muy sonrientemente agrega "y gané, licenciada; le gané a la tristeza y ¡pude hacerlo!". La felicitamos por el éxito obtenido.

Finalizando la sesión le interrogamos acerca de su aprendizaje durante las cinco sesiones que habíamos tenido. Nos afirma que al inicio fue muy difícil y nos confiesa que hasta pensó retirarse; sin embargo, recordó que le habíamos planteado que debería enfrentar su miedo y que iba a ser difícil pero que a diferencia de otras veces en su vida, esta vez tenía nuestro apoyo. Señala que lo más importante de todo, es que aprendió a no hacerle caso a sus hijos, ante lo cual sonríe, señalando que es una broma (su estado de humor muestra cambios). Señala, en tono más serio, que había aprendido que a veces hay situaciones que experimenta (emocionales) y que se reflejan en su cuerpo y se siente mal, y que esto puede ser porque está triste. Reconoce que a través de la terapia aprendió a ver otras alternativas como lo es el personal de la residencia que se preocupa por su estado de salud, cosa que no ocurre con sus hijos: estaban las enfermeras, las auxiliares, la secretaria, las que lavan, los que limpian, los guardias de seguridad, los administradores y las licenciadas que las escuchan. Sobre todo, que en la residencia va a pasar sus últimos días, y que por ello debe considerarlos su nueva familia, pues le faltan muchos días, los cuales debe intercambiar con los residentes, por ello había decidido hablar más con ellos y compartir juntos actividades como lo es la confección de adornos navideños para darle más

vida a la residencia, pues se acercaban las festividades y había que celebrarlo en grande como lo había señalado el doctor. Afirma que con las que ahora más dialoga son con las mujeres porque permanece la mayor parte del tiempo en esta área. Sonriente expresa que ahora hasta chistes se dicen. Nos puntualiza que desconocemos ¡cuánto la hemos ayudado! ; entonces nos brinda su bendición con su mano derecha, haciendo una cruz con ella hacia la posición donde me encontraba (terapeuta). Le dimos las gracias y le recordamos que estábamos para ayudarle.

Agrega que sus hijos asisten con mayor frecuencia los fines de semana a la residencia, pero que había cambiado de actitud al respecto, puesto que ya no era como antes que se angustiaba y se entristecía cuando ellos no venían. Señala que se alegra cuando la visitan, pero no se desespera como antes; además, afirma que les dijo que ahora su familia eran los que vivían con ella. Señala muy tranquila que cree que ya no tiene más nada que decir, ante lo cual le dijimos si estaba segura porque todavía le quedaba tiempo. Señaló que no, que era mejor así y nos veríamos después de un mes. Le afirmé y mencioné la fecha de la sesión de seguimiento. Nos pidió el favor de que le recordara con la enfermera, un día antes porque a lo mejor se le podía olvidar. Le ratificamos nuestro apoyo y recordamos que estaríamos a su disposición si por algún percance se sintiera mal y necesitara de nuestra ayuda, pero que confiábamos y nos había convencido de que sería capaz de enfrentar cualquier situación por sí sola, o de lo contrario, habían muchas personas a las que podía recurrir y solicitar ayuda con la seguridad de que la encontraría. Nos despedimos con un apretón de manos y llamamos a la auxiliar para que se le ayudara a desplazarse hasta el área de mujeres.

SESIÓN DE SEGUIMIENTO:

Asiste a la sesión de seguimiento muy arreglada y en compañía de un arreglo navideño que trajo consigo para enseñarnos su arte. La felicitamos por su esfuerzo y por mantenerse con un buen arreglo de su persona. Se le observa buen semblante. Nos dice que su sueño es bueno y que solamente como dos veces en la noche se levanta a orinar y que a veces duerme ininterrumpidamente hasta al día siguiente.

Se observa muy optimista y ayuda en las actividades y programas que realiza la residencia. Agradece al "todopoderoso", por haberme puesto en su camino y nos agradece el tiempo dedicado.

Agrega que ha comprendido que no va cambiar nada con respecto a su estadía en la residencia y que por ello decidió participar en todo y disfrutar el poco tiempo de vida que le queda.

Lo único que le entristece es recordar a su hija difunta; sin embargo afirma, que cree que ella se pondría triste si la hubiera visto en las condiciones en que estaba y "en memoria de ella y por la gracia de Dios", había decidido disfrutar y dejar que sus hijos decidieran lo que quisieran pero sin olvidar de recordarles su responsabilidad con ella, porque es su madre.

Con nuestra ayuda, la señora Marcia llena el cuestionario de post tratamiento y se da por terminada la sesión, indicándole que estaba segura que de ahora en adelante, con su nuevo estilo de vida, podría enfrentar las situaciones con mayor fortaleza; sin embargo, le aseguramos que el día que necesitara de nosotros, acudiríamos para apoyarle.

Terminamos la sesión, reiterándole nuestro apoyo y agradecimiento por haber participado de nuestra investigación, ante lo cual reitera su agradecimiento y nos brinda su bendición.

2.3.2 Historia Clínica # 2

DATOS GENERALES:

Nombre:	Señor David.
Fecha de Nacimiento:	Diciembre de 1926.
Lugar de Nacimiento:	Panamá.
Edad:	73 años.
Estado Civil:	Separado.
Escolaridad:	Tercer año de secundaria.
Religión:	Católica.
Dirección actual:	Residencia "Los Años Dorados"/Pacora.

SÍNTOMA PRINCIPAL:

El señor David acude a consulta psicológica referido por la psicóloga de la residencia donde vive, debido a que en las últimas semanas ha presentado la siguiente sintomatología:

* Manifiesta comportamiento ansioso y se niega a mantener contacto con el personal de salud de la institución, por lo que se hace difícil proporcionarle la atención médica que debe recibir diariamente; inclusive, protesta por la alimentación, y en ocasiones, se niega a consumirla.

- Se le observa constantemente triste.

- No se relaciona con los compañeros de la residencia (habla poco con ellos y los rechaza)
- Utiliza el desplazamiento como mecanismo de defensa: aparta la "rabia" del hecho que provocó la pérdida y la reorienta hacia algún otro (la residencia).
- Se "queja" de no tener a "más nadie en la vida".
- Manifiesta sentimientos de inutilidad, de haber sido abandonado, de rechazo hacia el personal de la residencia, baja autoestima e intra-agresión.
- Deseo de aislarse del medio que le rodea.
- Dificultades para dormir en las noches.
- Presenta conflictos con dos compañeros residentes.
- Presenta problemas constantes de estreñimiento.

HISTORIA DEL SÍNTOMA PRINCIPAL:

Durante dos semanas constantes, el paciente ha comenzado a manifestar conductas depresivas, siendo las de mayor manifestación, su negativa a alimentarse, sus problemas de sueño nocturno, los signos de aislamiento y el rechazo a recibir las atenciones que el personal auxiliar debe proporcionarle; gritándoles en ocasiones y expresando su sentir de "que lo dejen tranquilo", y en otros momentos, solicitando atención (cuando éstos se marchan)

Relata que al inicio no sentía tanta tristeza porque pensaba que "se reuniría con su hermano". Afirmo que nunca había perdido la esperanza de reencontrarse con él, pero que ya había pasado mucho tiempo y no lo había podido ver. Informa que éste era "su único familiar", o por lo menos, así lo sentía; y que le había "cogido rabia a la residencia y a

todos lo que viven allí" porque no desea estar en este lugar, pero sobre todo porque lo habían engañado, ya que le prometieron que volvería a ver a su "hermano", promesa que no han cumplido.

Hace énfasis en que no lo tratan mal, pero que estaba acostumbrado, a pesar de su discapacidad, a desplazarse por diferentes áreas de la ciudad y que ahora se sentía "encerrado y muy dependiente" y a "merced de lo que los jefes digan", por lo que había decidido "dejar que el tiempo pasara por él, sin darse cuenta"; por ello se apartaba de todos: "detesta la gente mal educada que hay en la residencia".

Generalmente se le observa acompañado de un radio, el cual mantiene encendido la mayor parte del tiempo. De esta manera, logra aislarse de sus compañeros residentes, desplazándose en su silla de ruedas hacia algún rincón; solitario, sin compañía alguna, a pesar de los intentos fallidos de sus compañeros para integrarlo. Si alguno de ellos se le acerca, lo rechaza y lo "larga" de su lado (con palabras fuertes) indicando que no desea "bochinchos ni nadie al lado de él" y que "para eso escuchaba la radio lejos de todos, para que nadie lo jodiera".

Desde entonces, los compañeros lo han mantenido un poco apartado, temerosos de su reacción; reforzándole, de esta manera, su aislamiento y su hostil conducta verbal hacia ellos.

Concluye que sus principales problemas son físicos y emocionales: la vista, las piernas y "los nervios". Su mayor preocupación es por la vista porque si actualmente depende de otros, se pregunta ¿cómo será si pierde la visión? Afirma que esto es lo que más enojo le da, sentimiento que descarga en el personal que tiene a su cargo el cuidado de su salud.

Muestra su sentimiento de impotencia al no poder hacer nada al respecto y tener que "depender de segundas y terceras personas".

SÍNTOMAS SECUNDARIOS

Además de la parálisis que sufrió durante su infancia, también presenta constantes problemas de artritis en ambos pies, principalmente en el izquierdo. También lo está afectando una glaucoma en el ojo izquierdo y manifiesta que cree que el ojo derecho también se "le enfermará", lo cual incrementa su depresión y niveles de ansiedad. Ante ello señala no querer imaginarse cómo sería su vida si se le adicionara a sus males, la pérdida de la vista"

También presenta problemas con el sueño nocturno, específicamente en cuanto a su continuidad durante la madrugada.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

El señor David proviene de una familia, cuya madre fue A.T. Cuando él tenía cinco meses, se infectó de meningitis, y producto de esta enfermedad, padeció de fuertes convulsiones, ocasionándole una parálisis del lado izquierdo de su cuerpo. Por ello, sus piernas son pequeñas en comparación a su cuerpo; su pie derecho está girado totalmente hacia el lado izquierdo.

A raíz de estos acontecimientos, su padre abandona a su madre, razón por la que dice desconocer su nombre; aunque sospechamos que tiene conocimiento del mismo (rechazo hacia la figura paterna). Sólo nos dijo que era aviador de profesión, nacido en Alemania y nacionalizado en México.

Su madre lo educa con el apoyo de su padrastro, el señor J.; quienes lo orientan y guían hasta cursar el tercer año de secundaria. Presentó problemas cuando se cambia de colegio,

ya que tenía que desplazarse de un salón a otro; y en la mayoría de las ocasiones, las escaleras eran la única vía para llegar a su salón, por lo que demoraba demasiado para acudir al mismo. Indicó que se sintió muy mal porque dependía de una silla de ruedas y tenía dificultades para responder académicamente, al igual que sus compañeros de clase. Informa que adicionado a todo esto, sus padres no tenían suficiente dinero para sufragar sus gastos académicos, por lo que finalmente, decide retirarse de la escuela.

Cuando pequeño, además de la parálisis, fue hospitalizado por malaria durante tres días.

Afirma que después de ausentarse de las labores académicas, la mayor parte de su vida se dedica a trabajar en un puesto de venta en el mercado público, de manera independiente. Allí vendía cigarrillos. además de trabajar como "limpiabotas"; hasta que, por la edad, no pudo desplazarse. Con orgullo señala que era muy querido por conocidos del área, quienes le apoyaban y lo cuidaban. Afirma que nunca fue atacado ni le robaron, a pesar de que en su condición, generalmente se es víctima de este tipo de abusos. Dejaba asegurado con candado el puesto y siempre lo encontró como lo había dejado. Esto lo atribuye a las amistades que siempre lo cuidaban.

Sus padres murieron y en estos momentos, se encuentra solo.

Ya de adulto, se une a Ma. L. R., de cuya relación nace única hija Luisa. Tiene años de separado, ya que ella se fue a vivir y laborar como auxiliar de enfermería al extranjero. Se llevó a su hija, cuando la niña tenía siete u ocho años de edad aproximadamente.

Después de que su madre muere, vivió con "su hermano". Explica que se criaron juntos desde pequeños, por lo que al hablar de él, se refiere como "su hermano". Mantiene con éste una buena relación de unión, solidaridad y compañía.

En septiembre de 1998, ingresa a la residencia. Fue llevado por el Departamento de Trabajo Social de la Alcaldía, a través de una corregiduría. Al ingresar, caminaba apoyado por unas muletas; sin embargo, ahora se traslada ayudado por una silla de ruedas porque se le ha agudizado el problema de circulación, hinchándosele los pies, lo que le dificulta deambular.

Señala que una prima hermana es la que lo viene a visitar, pero que no habla mucho con ella acerca de sus problemas porque ésta sufre de diabetes y de una enfermedad del corazón que no supo especificar. Teme que al hablarle acerca de sus experiencias, esto le afecte a la salud de la señora. Afirma que la misma es como una madre para él.

EXAMEN MENTAL

El paciente asiste a entrevista psicológica en condiciones que muestran descuido en su atención personal, a lo que atribuye a su condición de parálisis. Hace un poco de esfuerzo por mantener su higiene personal (dentro de sus recursos); sin embargo, es evidente el desmejoramiento del aseo de su vestimenta, el cuidado de su calzado y del cabello.

Su lenguaje y pensamientos son coherentes. No se detectaron alteraciones mentales.

Durante su diálogo mostró cooperación; sin embargo, enfatizaba su preocupación por la actual situación de su "hermano", a quien había "dejado solo y desamparado" para venirse a vivir a la residencia.

Su memoria y atención son estables.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

En el momento de la aplicación de la prueba de Apercepción Temática para Edades Avanzadas (S.A.T.), el señor David reporta sentimientos de pena, soledad y abandono, reforzados por las pérdidas de objeto que desde un inicio de su vida, ha experimentado.

Considera a las pérdidas experimentadas como “parte de su destino” y como “un hecho “natural” de la vida. Ante ello, manifiesta conductas intra-agresivas (conductas parasuicidas), las cuales ha desplazado hacia la institución; constituyéndose en el blanco del rechazo del paciente. Específicamente en esta prueba, lo proyecta a través de ideas suicidas solapadas, mediante conductas de rechazo y del deseo de aislarse para no formar parte de las actividades cotidianas del residencial.

También refleja su preocupación por su estado de salud, lo cual es contradictorio con su conducta de rechazo. Dicha preocupación se centra en un desmejoro de la capacidad visual, expresadas mediante su temor ante las posibles perspectivas de su futuro.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA Y ESTRUCTURAL

Durante toda su vida, el señor David ha vivenciado diferentes tipos de pérdidas, siendo las mismas influyentes en el actuar de su futuro inmediato. Pocos meses después de su nacimiento, no sólo pierde, desde un inicio, la probabilidad de un crecimiento y desarrollo normal producto de ser infectado con el virus de la meningitis; sino que aunado y como consecuencia de ello, sufre la pérdida de su padre congénito. Este suceso es de primordial importancia en el transcurso de la vida del paciente, ya que a raíz de ello se inician procesos de duelo no resueltos en donde experimenta rechazo de parte de su padre, careciendo, de esta manera, del desarrollo de la relación padre-hijo, aunque fue suplantada por su padrastro, quien conjuntamente con su madre, supervisaron su educación.

En este otro aspecto nuevamente existe otra pérdida. No solamente tuvo que superar y tratar de adaptarse a los medios que poseía, producto de su discapacidad, sino que también tuvo que abandonar sus estudios secundarios (a pesar de su buen rendimiento académico),

precisamente por la dificultad e inconvenientes que tenía que afrontar al no poderse desplazarse con rapidez y, por lo tanto, ser más efectivo en su desempeño escolar.

Ha visto cómo su cuerpo se ha deteriorado físicamente con el transcurrir del tiempo. Primero utilizaba bastón para desplazarse, luego muletas, hasta llegar a su actual condición de silla de ruedas.

Siempre ha tenido personas que le han ayudado económicamente. Enfatiza que no aceptaba dinero regalado, por caridad. Sentía que tenía que trabajarlo y así se lo hacía saber a las personas, las cuales generalmente encontraban un oficio que encargarle. Es aquí donde prevalece la reafirmación de "la dignidad" del paciente y su esfuerzo de lucha constante y de adaptación, lo cual es incongruente con su pensamiento actual: sentimientos de inutilidad, abandono, rechazo, baja autoestima, intra-agresión, deseos de aislarse del medio que le rodea, entre otros.

Posteriormente, ante su disconformidad frente a la vida, establece relaciones de pareja, pero su actitud negativa, desafiante y agresiva, provoca la separación no sólo de sus vínculos afectivos con su pareja, sino también de su hija, debido a que su madre se la lleva consigo cuando viaja a Estados Unidos.

Seguidamente, acontece la muerte de su madre, quien durante toda su vida había sido su apoyo incondicional. A partir de este momento, el paciente percibe este suceso como el que marca el decaimiento en su vida. Dependía totalmente de ella. Había perdido su último vínculo afectivo (o por lo menos así lo sentía). Fue entonces cuando concentra su vida alrededor del señor R. al cual considera como su hermano porque su madre lo había "criado" junto a él.

Se unieron a su círculo de vida, amistades, conocidos, logrando establecer un liderazgo y popularidad en el sector donde residía, aunque muy conscientemente, tenía la percepción que en ese afecto, su estado físico tenía gran influencia.

Bajo las consecuencias y rastros que había dejado el transcurrir de los años, ya no podía ser independiente. Se enfrentaba a la realidad de que necesitaba del cuidado y atención especializada de personal profesional. Es, en estos momentos cuando recuerda a su madre y lamenta no tenerla a su lado, puesto que de lo contrario (afirma), no hubiera tenido la necesidad de "abandonar a su hermano" para ingresar a la residencia.

Este es otro hecho que marca la vida del señor David. Ahora no sólo él es el abandonado, sino que también él abandona a la única persona (por lo menos en Panamá), a quien le unía un vínculo afectivo. Este hecho crea en él, sentimientos de culpabilidad que hacen difícil su adaptación al nuevo estilo de vida. Al inicio, logró manejarlos un poco, quizás con la esperanza de reanudar mencionados vínculos, pero una vez frustrados los mismos, su reacción emocional fue de manifestar ese rechazo que ha experimentado durante toda su vida, proyectándolo hacia la institución. Así, de este modo, empieza a manifestar conductas lesivas al mantenimiento de su salud física y emocional mediante el rechazo a todo tipo de atención que la residencia le ofrecía. Era tanta la agresión que había acumulado, producto de su frustración y pérdidas, que inconscientemente los manifestó con este tipo de conductas. Su vivencia en esos momentos era que ya no tenía ninguna persona en este mundo a quien le uniera afectivamente; por lo tanto, no había razón para que él mantuviera su cuerpo sano y al cuidado de personal capacitado, cuando desde el inicio de su existencia, la vida le había negado el derecho a una vida "normal" y "sana".

En esos momentos no le importaba si vivía o moría, el temor ante lo que tiene que enfrentar era tan elevado, que inconscientemente, o quizás muy conscientemente manifestaba conductas que eran lesivas a su cuerpo y a sus condiciones de salud física, social y emocional.

Era indudable que el nivel elevado de ansiedad que esta posible situación le provocaba, lo llevaba a manifestar conductas parasuicidas, ya que prefería (inconscientemente) no vivenciarla, ya que diariamente observaba las condiciones en que quedaban sus compañeros cuando perdían la visión y las dificultades y dependencia a que eran sometidos como consecuencia de la misma. No debemos olvidar el componente depresivo que prevalece al cuadro de ansiedad, el cual lo ha llevado a manifestar conductas parasuicidas.

Se orienta la psicoterapia hacia identificación de las pérdidas acontecidas en su vida, como también de la intra-agresión. También es importante hacer consciente los signos de conductas parasuicidas y explorar la posibilidad de ansiedad ante la posibilidad de muerte o cómo percibe el concepto de muerte en su vida. Crear nuevas alternativas que ejemplifiquen un estilo de vida sano, con calidad en lugar de cantidad e involucrarlo en las actividades que realiza la residencia para la recreación sana del que habita en ella.

No debemos olvidar el enfoque terapéutico dirigido a la preparación del paciente ante la posibilidad de pérdida de la vista, lo cual podría ser causal de reincidencia de la sintomatología que presenta en la actualidad, ya que según el señor David, es la principal razón de su estado depresivo.

De esta manera, se incorpora al paciente a una psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, debido a la sintomatología depresiva que presenta y a la urgencia del manejo de

las intra-agresiones inconscientes que expresa, a través de manifestaciones de conductas parasuicidas, en aras de su adaptación e integración a la "vida residencial".

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

EJE I: Z03.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, moderado, sin síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos [296.23].

EJE II: Z03.2 Sin Diagnóstico en el Eje II [V71.09].

EJE III: Glaucoma.
Artritis (piernas)

EJE IV: Problema relativo al ambiente social: dificultad para adaptarse a la residencia.

EJE V: EEAG: 58

DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN:

Una vez que recibimos la referencia del señor David por parte de la psicóloga del residencial, acudimos al lugar donde se encontraba el paciente, a fin de iniciar el rapport. Una de las auxiliares lo señaló discretamente. En ese momento, uno de los residentes que ya formaba parte de la muestra seleccionada, me preguntó si quería hablar con el señor David, ante lo cual respondí afirmativamente. Me dijo que todavía no me le acercara, que esperara a que hablara con él, pues era su amigo y lo iba a convencer para que hablara conmigo. Añadió una observación acerca de su estado de humor: "lo que pasa es que él está muy triste y a veces se pone cascarrabias; pero no se preocupe niña (refiriéndose a la terapeuta) que yo hablo con él". Esperamos que el señor se desplazara hasta donde estaba el paciente y éste habló con el señor David, cerca de cinco minutos. Luego, me hizo señas de que me aproximara y me dijo: "ya yo hablé con él y le dije que usted es muy buena y

que es psicóloga y nos ha ayudado mucho; que confiara en usted porque lo va a ayudar y se va a sentir mejor"... (silencio). Agregó, "tienes que ir con ella a la oficina porque aquí no puedes hablar... Le contestas todas las preguntas a la licenciada, ¿oíste?" Ante esta observación respondí que si deseaba, en esos momentos, hablaríamos, que no se sintiera obligado; me presenté y lo toqué en el hombro derecho. Luego el paciente tomó mi mano y la estrechó, siendo este suceso el primer acercamiento entre paciente y terapeuta para iniciar el rapport. Seguidamente el paciente solicita que le ayude a desplazarse con la silla de ruedas hacia lo que habíamos estructurado como "el consultorio". Nos solicitó que quitáramos los frenos de seguridad para poder moverse. Lo guiamos hacia el desplazamiento del consultorio; no obstante, el señor David poseía buen dominio en el manejo de la silla de ruedas, a pesar de sus dificultades motoras.

Una vez que ingresamos al consultorio, guardó silencio; en ese momento, me presenté formalmente y le señalé que le haría unas preguntas acerca de su vida personal y que todo lo que habláramos en consulta, estaría condicionado a una estricta confidencialidad.

El paciente se presenta muy educadamente, dando su nombre completo. Agrega que le había solicitado a la psicóloga de la residencia que quería hablar conmigo, ya que su "amigo" le había hecho el comentario de que la terapeuta "era muy buena". Recordó que tres días (cuando ingresó) antes de retirarme como funcionaria del residencial, le había realizado una entrevista, a través de la cual se había dado cuenta de que podía hablar y que se le escuchaba. Agrega: "me dolió cuando usted se fue... bueno, solamente fueron unos días, pero usted me escuchaba".

Puntualiza que la mayoría de las personas en el residencial piensan que él es un "cascarrabias", pero que nadie sabía por qué. Ante ello, le cuestioné si deseaba compartir

con nosotros las razones de su enojo, contestándome que no sabía si sentía rabia o enojo, pero lo que sí sabía era que lo habían engañado (se le quiebra la voz). Señala: "todo aquí me parece mentira, tras mentira y por eso no quiero nada de ellos... ¿Ve este radio?..., bueno, lo compré yo con mi (enfatisa) dinero y es lo único que me acompaña. Aquí son muy bochinchosos y nada más me dicen mentiras, por eso me pongo lejos y no quiero que nadie se me acerque".

Le pregunté a qué se refería cuando señala que lo habían engañado y que sólo le decían mentiras, ante lo cual respondió que lo habían sacado de su casa donde vivía con su "hermano" para traerlo allí y que le dijeron que después vendría su "hermano", pero que eso nunca fue cierto. Con angustia señala: ¿por qué traerme con mentiras, señorita? Agrega que al inicio estaba tranquilo porque le decían que eso demoraba, pero que "ya habían pasado meses sin tener respuesta, y cada día que pasa, perdía las esperanzas"... Nos agrega diciendo: "él no es mi hermano de sangre, pero es como si lo fuera. Nos criamos juntos, mi mamá lo crió y cuando ella se murió quedamos los dos y vivimos juntos hasta que me trajeron a este lugar donde estoy encerrado y a merced de lo que los jefes digan".

Le hice la observación de que percibía un sentimiento de engaño. Ante tal reflexión, interrumpe la intervención de la terapeuta, respondiendo afirmativamente. Agregó que ahora no sabía nada de su hermano: "... Pobrecito, ¿qué habrá sido de él?. Yo lo cuidaba a pesar de como estaba..." Indica que su hermano era muy frágil y que por eso temía dejarlo solo. Nos relata acerca de lo que experimentó cuando se despidió de él: "Usted hubiera visto los ojos de tristeza con que me miró cuando me fui... (se le salen las lágrimas, hay un cambio de la agresividad que muestra un estado de ánimo depresivo)... (silencio).

Continúa... Pero yo tampoco podía mucho como antes, tenía que irme... La casa la iban a derrumbar y no tenía a dónde ir y por eso la licenciada de la corregiduría me llevó a "Puertas Abiertas" y después me trajeron aquí.

Le cuestioné acerca de la impresión y reacción que tuvo cuando ingresó al residencial. Nos respondió que le pareció muy bonita y que todavía pensaba en su belleza; sin embargo, no quería estar allí... No solo, sin su hermano, porque él había sido su acompañante durante mucho tiempo. Añade que las habitaciones son grandes, el baño también y que el jardín, lo cuidan; además que puede pasear por él con ayuda de la silla de ruedas, pero que a veces sus compañeros residentes son muy impertinentes, mal educados y "bochinchosos" y que por ello prefería escuchar las noticias que transmitían en la radio, en una esquina y a veces conversar con "su amigo". Continúa diciendo que los demás aspectos que representan el residencial, los rechaza porque las personas que allí vivían le habían mentido. Ni a los "jefes" quería verlos, y por ello se ubicaba en un rincón de la residencia, de espalda a ellos para que nadie se le acercara y no tener que mirarlos porque le daban ganas de insultarlos por mentirosos.

Le pregunté: ¿Está usted molesto?..., contestó afirmativamente. Nuevamente le cuestioné: ¿Y, la comida?. Me contestó que era buena, y enseguida recalcó lo siguiente: "pero, usted no entiende que ya le dije que no quiero nada de aquí; ni la comida, ni el doctor, ni las enfermeras, ni las auxiliares, ni nadie...". Le cuestioné acerca de que decía no querer nada de la institución ni a los que trabajan allí (afirmó con la cabeza)... mas, sin embargo, conversaba conmigo, y que yo era parte del personal de la institución (psicóloga) y había laborado años atrás con ellos... Hubo un silencio y me respondió lo siguiente: "Usted es diferente... usted me trató bien y no me dijo mentiras y no trabaja aquí... Se nota

su buen corazón porque viene aquí, saluda a todos aunque estén enfermos, nos toca (contacto físico), nos da la mano, ya sean sordos, ciegos y nos escucha. Usted no es de aquí; las cosas de aquí son las que no quiero. Ellos tienen que entender que me quitaron lo único que yo tenía vivo, me siento muy mal, no duermo bien, todo el tiempo es una lucha contra el sueño, tengo miedo de la oscuridad, no puedo estirarme... Me molesta la vista. Ya casi no veo por este ojo (señala el izquierdo) y ya me está afectando este otro (derecho). No me puedo sostener, los tobillos se me tuercen y me duelen las rodillas. Agrega que ni siquiera le han dado una explicación acerca de su hermano, así que había decidido castigarlos (no recibiendo la atención que se brinda en el residencial), de tal manera que no preguntaría más por su "hermano" y "dejaría que el tiempo pasara..." Agrega que "no se quería dar cuenta del tiempo, por eso no sabía qué día era hoy" (el día de la consulta). Pregunta el día y la fecha, le contestamos que martes nueve de noviembre y expresa la siguiente frase: ¡al fin noviembre!... El paciente se mantuvo en silencio, el cual respetamos. Continúa diciendo que a esas enfermeras menos las quería porque no le dicen la verdad, por ello, explica, no les habla, y si lo obligan, les grita porque no las quiere a su lado. Inmediatamente nos indica que ha hablado mucho y que no ha permitido el diálogo a la terapeuta. Progresivamente, nos cuestiona, preguntándonos qué pensábamos de lo que nos había planteado, y nos hace el siguiente comentario y cuestionamiento: "ya que usted que está estudiada", ¿Cree que me puede ayudar? Antes de contestarle, afirma: "mi amigo me dijo que sí, por eso acepté venir con usted niña, pero lo dudo. Es mejor que la deje sola... mejor me voy".

Ante esta conducta repentina del paciente, le hice la observación de que si deseaba irse lo ayudaría a desplazarse a donde deseaba estar, pero que me parecía que me había

condenado sin haberme dado una oportunidad. Estas palabras causaron extrañeza al paciente quien me preguntó cómo él me había "condenado"; respondiéndole que quizás le tenía miedo al fracaso, a que el tratamiento no resultara y prefería huir antes de enfrentar la situación; además que habían muchas cosas que pensaba que eran importante hablarlas y discutir las y que si me daba la oportunidad del diálogo, quizás podríamos juntos encontrar la respuesta a su problemática; que quizás podría darle muchos aportes a la terapia pero que no era un trabajo que debería realizar sola, que necesitaba de su colaboración y ayuda para la misma, además de que (él) era una figura clave en este proceso.

Se mantuvo en silencio cerca de un minuto y mencionó que quizás sí tenía miedo y que en los últimos años, muchas personas lo habían defraudado, pero que algo le decía que podía confiar en nosotros. Recordó que la terapeuta iba a hacer algunos comentarios, cuando decidió repentinamente abandonar el consultorio, por lo que solicitó que hablara, que él escucharía así como yo lo había escuchado.

Le señalé que probablemente el dejar a su "hermano" solo para venir a vivir al residencial lo había hecho sentirse culpable, y que a raíz de que ha estado perdiendo las esperanzas de volver a verlo, esto pudo haber causado en él mucho enojo, el cual lo sentía hacia la residencia; ya que por venir al residencial, había dejado solo a su "hermano", situación que era similar a hechos en su vida en donde otras personas lo habían abandonado. Le recomendé dialogar sobre lo que sentía; sobre todo, acerca de sus enojos, porque quizás se estaba haciendo daño a sí mismo, rechazando todo lo que provenía de la residencia. Concluimos que con esta actitud, no iba a lograr volver a ver a su hermano, y además, que con ello, su cuerpo estaba siendo lastimado. Que pensara en su madre difunta y hermano, quienes habían representado los vínculos afectivos más significativos en su

vida, y reflexionara si a ellos les gustaría verlo en esas condiciones. Le enfatizamos que él era una persona muy alegre cuando ingresó al residencial y que debía mantenerse así. Puntualizamos que rechazando a sus compañeros residentes, iba a lograr solamente igual reacción de ellos hacia su persona. Le recordamos que en la residencia todos los días se realizaban muchas actividades y que sería bueno que participara de las mismas; que abonara su corazón con amor, que estábamos seguros de que era una buena persona capaz de experimentar los mejores sentimientos y que por ello, esperaba que la próxima vez que visitara la residencia pudiera escuchar buenas opiniones de él, acerca de los esfuerzos que realizaba para convivir mejor con sus compañeros. En estos momentos sonrío, situación que aprovechamos para mencionarle la importancia de la sonrisa y que con una actitud favorable, vería cómo todos esos inconvenientes cambiarían y mejorarían a su favor.

Le recomendamos que era importante que recibiera alimentación puesto que podían haber repercusiones en su salud; que entendíamos su preocupación por la condición de su vista y que podría agravar las mismas si con ello, le sumaba una mala nutrición, lo cual igualmente, podría estar afectando sus energías para el mantenimiento del equilibrio, por lo que sus fuerzas al tratar de caminar, iban a ser en vano. Hicimos el señalamiento de que observara lo inflamado que tenía sus pies, al punto de no poder calzarse y que tenía que reflexionar acerca de las consecuencias de sus decisiones.

Agregó que las palabras expresadas lo habían hecho reflexionar acerca de sus actitudes. Expresa su deseo de continuar asistiendo a las sesiones terapéuticas. Fue entonces cuando le hablé acerca de la investigación que estábamos realizando con sus compañeros residentes y que si estaba de acuerdo, sería aún más beneficioso que participara de la misma, y de esta manera, podríamos dedicarle mayor tiempo.

Ante esta petición, nos respondió afirmativamente y le reiteramos la confidencialidad de la información. También le explicamos en qué consistía la PBIU, el número de sesiones y la duración de las mismas, con su respectiva explicación acerca de la sexta sesión, un mes después de efectuada las cinco primeras sesiones.

Nos despedimos y le conducimos hacia el salón de reuniones, en donde lo recibió "su amigo".

DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA A LA SEXTA SESIÓN:

Iniciamos la segunda sesión preguntándole cómo se había sentido desde la última vez que nos habíamos visto, respondiéndonos que su estado de salud había mejorado un poco, pero que todavía le preocupaba la condición de su vista. Con respecto al patrón de su sueño, nos señaló que durante los siete días pasados, había dormido un poco más y durante las madrugadas, se levantaba una sola vez, con ayuda de su amigo. Con respecto a los sueños, señaló que creía haberlos tenido, pero que no los recordaba al despertar. Le interrogamos acerca de sus pensamientos con respecto a lo que habíamos hablado la sesión anterior; afirmando que en su mente habían permanecido nuestros consejos acerca de la alimentación, por lo que había decidido hacer los esfuerzos para no resistirse a ella. Puntualizó que había comprendido que se sentía muy triste por encontrarse sólo, que esta soledad no era referente al residencial sino al hecho de que no tiene familiares a quien acudir en Panamá; pero que continuaba experimentando sentimientos de enojo por "el engaño respecto a su hermano", aunque ahora comprendía que quizás el personal no quiso hacerlo intencionalmente, sino que era "la forma de ellos" de evitarle una mayor tristeza. Enfatizó muy acentuadamente: "hoy sé que no volveré a verlo y que no teníamos recursos económicos y por caridad me trajeron aquí. Quizás tenían miedo de mi reacción, por lo de

mi carácter... o de que no quisiera venir acá (residencial), por ello me engañaron... ".
Agrega que había hablado con una auxiliar y que ella le había explicado. Enfatiza que había comprendido pero no aceptado, la ayuda que le ofrecían.

Solicitó entonces a la terapeuta que le ayudara porque sentía que sólo le sería difícil hacerlo. Le indicamos que estábamos para apoyarle, que juntos trataríamos de salir adelante y que posteriormente observaría cómo, sin la ayuda de la terapeuta, superaría algunos de sus problemas, a pesar de lo difícil de su situación.

Seguidamente nos relata que entre los miedos que experimenta, figuran: el no poderse levantar más y de no ser dueño de sí mismo. Señala que es una inquietud que tiene dentro de sí, que siempre está presente; reconociendo, ante todo, que este estado le causa tensión.

Le mencionamos el hecho de que quizás parte de estos miedos eran propios de su edad y experiencias, debido a que en estos momentos había más proximidad a la muerte que en otras etapas anteriores de su vida y que probablemente este tipo de preocupación podría estar incrementando sus miedos; no obstante, había actividades que podrían ayudarle a hacer más llevaderas dichas experiencias. Le indicamos que era importante que aprendiéramos a reconocer el momento en que sucedían y cómo él actuaba ante las mismas, y reflexionar acerca de lo adecuado de tales reacciones para enfrentar la situación; y de no ser así, iniciar la búsqueda de otra mejor alternativa que fuera accesible a él. Le enfatizamos que la mejor opción tendría que ir orientada en función del beneficio de su salud física y mental y no en perjuicio de ella. Le recordamos que al igual que él, lo más probable era que sus compañeros vivenciaban temores parecidos ya que tienen en común el hecho de estar en proceso de envejecimiento, claro está, remarcando la existencia de las diferencias individuales; por lo tanto, el tratar de establecer relaciones cordiales con ellos, le

ayudaría a percibir su estadía en el residencial de una mejor forma y sentiría más apoyo para superar estos miedos. Le instamos a que se incorporara a actividades en donde pudiera emplear su tiempo libre.

Posteriormente, solicita retirarse ya que se encuentra cansado. Le informamos que igualmente ya había terminado el tiempo de la sesión y que esperábamos que pensara acerca de lo conversado y poder verlo en la próxima sesión.

Antes de iniciar la tercera sesión, se nos acerca la enfermera del residencial para informarnos que el paciente estaba un poco más comunicativo y que hacía esfuerzos para relacionarse con sus compañeros residentes. Manifiesta que ahora permitía que los auxiliares lo asearan y que su apetito había mejorado. De la misma manera, la persona encargada de las actividades del empleo del tiempo libre en el residencial, nos plantea su satisfacción de que se ha logrado que en la última semana, el paciente se reúna con sus amigos a jugar dominó.

Iniciamos la sesión con los respectivos saludos y la pregunta de cómo le había ido desde la última vez que nos vimos; ante lo cual contestó que bien. Comenta acerca de que su amigo lo había convencido de jugar dominó con sus compañeros. Nos explica que éste necesitaba otra persona para formar la pareja de juego y que desde entonces practicaban todos los días porque iban a realizar un torneo de dominó. Manifiesta que ambos han logrado compenetrarse y trabajar juntos para "lograr el triunfo". Le preguntamos si era importante el ganar, contestándonos que no sabía si lo era, pero de lo que sí estaba seguro era de que se sentía muy bien al jugar y luego triunfar. Menciona quiénes son sus posibles contrincantes, por lo que todas las mañanas practican para "saber las jugadas".

Le felicitamos haciéndole énfasis en que habíamos observado el esfuerzo realizado para integrarse a las actividades de la residencia, y sobre todo, porque habíamos notado el éxito obtenido al relacionarse mejor con sus compañeros residentes. Agrega que existen algunos compañeros con los cuales todavía no se relaciona y que los evita porque él fue criado de una manera en que se respeta a los demás y como tiene su "carácter fuerte", prefiere mejor alejarse de ellos.

Le preguntamos acerca de su estado de salud, respondiendo que ha mejorado mucho su sueño ya que se despierta una a dos veces en las noches. Los dolores en las piernas continúan pero es atendido por la enfermera, quien le da los medicamentos. Con respecto a la visión, señala tristemente que cree que el problema se acrecentará, pero que por ahora le habían conseguido unos lentes que usaba cuando tenía que "forzar" la vista: cuando lee la Biblia y cuando juega dominó con su amigo. Agrega que el doctor le había hablado y fue sincero al señalarle su actual condición, por lo que se había resignado, ya que estaba seguro de que harían lo posible por ayudarlo.

Con respecto a su deseo de alimentarse, señaló que había algunas cosas que no podía comer ya que no le gustaban, pero que, en su mayoría, trataba de consumirlas, porque era cierto que "se estaba debilitando" y que por ello se le hinchaban los pies (el doctor le explicó) Le felicitamos por el esfuerzo realizado para alimentarse, le instamos a continuar ocupando su tiempo libre a través del juego del dominó y de esta forma, mejorar las relaciones con sus compañeros residentes.

Nos despedimos, recordándole que faltaban dos sesiones más y la de seguimiento un mes después.

A su cuarta sesión llega directamente al consultorio, en un estado que indicaba su esmero por mantener su cuidado personal. Nos menciona que después de la sesión "tenía que ir a practicar porque la siguiente semana era el torneo".

Le hicimos la observación de que lo veíamos entusiasmado con el evento, contestándonos afirmativamente, y enfatizando que los participantes serían premiados con un paseo y los ganadores representarían al residencial en "Panamá"; por lo tanto, si ganaban, eran dos paseos a los que asistiría.

Preguntamos acerca de los otros aspectos de su vida. Nos informa que por lo menos sabía que "su hermano" había sido recluido en una casa de beneficencia y que ello lo había tranquilizado. Agrega que en la residencia las personas son comprensivas con él y lo ayudan con su discapacidad; además, sentía apoyo de nuestra parte, del personal de salud y de sus nuevos amigos. Señala que lo del torneo le ha ayudado mucho y que hoy comprendía lo injusto que había sido con sus compañeros y que sentía que ellos lo aceptaban.

Recuerda entonces algunos momentos en su vida que fueron difíciles, pero que según él le ha servido recordarlos para sentirse satisfecho de vivir en el residencial. Al preguntarle a qué se refería con ello, nos contestó que antes tenía que valerse por sí mismo y hasta arriesgarse en situaciones peligrosas; sin embargo, en el residencial no tiene que exponerse ante ellas. Menciona que tiene toda la atención que requiere. Reconoce que se encuentra un poco triste por el problema de la visión y su condición discapacitante. Con respecto a esto último recuerda que ha vivido con ella durante toda su vida y lo ha superado y cree que podrá hacerlo siempre que tenga personas a su lado que lo ayuden.

Nos dialoga que ahora comprende muchas cosas acerca de los sentimientos que experimentaba antes de iniciar la terapia y que le entristecía el hecho de sólo pensar que había atentado contra su vida, misma que Dios le había regalado; pero que gracias al apoyo recibido, había logrado aceptar sus limitaciones producto de la vejez y que a raíz de ello, había encontrado otras actividades en qué ocupar su tiempo como lo era el jugar dominó, ver televisión, conversar con los compañeros, realizar ejercicios con los entrenadores y asistir a misa los viernes en las mañanas.

Finaliza señalando que recordar algunos eventos en su vida le había ayudado a clarificar las cosas y que posteriormente lo hizo sentirse mejor.

Le informamos la terminación del tiempo de sesión, recordándole que la próxima era la última de cinco sesiones. Nos enfatiza que después del mes habría otra, respondiéndole afirmativamente.

A su quinta sesión asiste emocionado porque el día anterior había ganado junto a su amigo, el torneo de dominó. Nos comentaba que al día siguiente (viernes) iban de paseo a un parque en la ciudad capital.

Le cuestionamos acerca de su estado de ánimo en comparación al inicio del tratamiento; respondiéndonos que las sesiones le habían ayudado a darse cuenta de su enojo consigo mismo por muchas cosas que le habían pasado en su vida. Comenta su análisis acerca de cómo había tratado a algunas personas y que quizás sus acciones tenían el objetivo de culparse y castigarse por su conducta; pero después se había percatado de su error y comprendió que la forma como estaba manejando las situaciones, no era la mejor. Afirma que es cristiano y católico y que estaba "ofendiendo a Dios" con su conducta, por lo que le había pedido perdón por las acciones cometidas.

Le preguntamos acerca de otros aspectos que consideraba que el tratamiento le había ayudado. Nos contesta que había comenzado a aceptar que pasará los últimos años de su vida en el residencial y que por lo tanto, debería pasarla bien, disfrutar y participar de todo lo que se realice allí, siempre y cuando sea de su agrado.

Nos afirma que ésa era la última sesión y que prefería terminarla antes de tiempo porque no le gustaban las despedidas. Le recordamos que posteriormente, después de un mes, nos volveríamos a ver, mas sin embargo, si sucedía algún acontecimiento que le hiciera sentir la necesidad de nuestro apoyo, igualmente podría contar con el mismo. No obstante, le reiteramos nuestra confianza acerca de sus fortalezas y recursos para superar las mismas porque nos había demostrado que podía hacerlo.

Nos despedimos con un apretón de manos, con el compromiso de volver a vernos en la sesión de seguimiento.

SESION DE SEGUIMIENTO:

A la sesión de seguimiento, se presenta al consultorio sin ayuda de parte de personal (para su deambulación) Hace la observación de que nos percatáramos de su cuidado y arreglo personal, ante lo cual le felicitamos por el esfuerzo realizado. Nos comenta acerca de lo gratificante que había sido el representar a sus compañeros en el torneo de dominó ante los otros hogares de ancianos. Recuerda que en los últimos años le habían sucedido muchas cosas desagradables que "le habían amargado" su existencia, y esto había hecho que olvidara lo bien que se sentía al divertirse y disfrutar de la vida. Agradece entonces el apoyo brindado no solamente por nosotros sino por las auxiliares, las enfermeras, pero sobre todo, por sus nuevos amigos con los cuales convive en el residencial. Se queda unos minutos en silencio (el cual respetamos), mencionándonos muy reflexivamente que lo

trataban como si estuviera en casa, como cuando su madre vivía. Le señalamos que por ello el lugar donde vivía se llamaba residencia y no asilo, ya que al mencionar la palabra asilo nos referimos a alguien que le es proporcionado un lugar para vivir; en cambio, el término residencia se relacionaba a algo más familiar, que permite la convivencia e interacción de cada uno de sus integrantes. Dialogamos acerca de que probablemente habría observado que todo el personal se integraba a sus vidas y que trataban, dentro de sus recursos, de brindarle todo el apoyo y atención necesarios. Además, de que trataban de compartir con ellos sus últimos años de vida a fin de que percibieran sino a todos, a la mayoría de los que allí viven, como una gran familia. Le enfatizamos que todos lo que estamos allí nos sentimos orgullosos ya que tenemos una familia con muchos integrantes y que somos afortunados de ello, ya que no todas las personas tienen una familia compuesta con tantos integrantes. Sonríe y nos agrega que teníamos razón en ello porque ahora, más personas que antes se preocupan por su bienestar, aunque nunca sería comparado con el que durante muchos años, su madre le había proporcionado, durante muchos años.

Le preguntamos cómo se encontraba comparado al inicio del tratamiento, contestándonos que "totalmente diferente". Solicitamos que nos ampliara su respuesta. Nos dijo que ahora disfrutaba de sus últimos días; además, tenía tantas cosas que hacer, que el día se le pasaba rápido, lo cual pensaba que era bueno ya que esto evitaba que se pusiera a pensar en cosas que le hacían daño. Menciona que cuando estos pensamientos le llegan a su mente, prefiere dedicarse a otras actividades y rápidamente busca algo que hacer.

Nos menciona orgullosamente, que durante toda su vida había vivido en función de su discapacidad y que había aprendido que tenía muchas cosas guardadas y no las había disfrutado.

También (en tono triste), nos dice que había tenido pérdidas ("como usted las llama") y que habían marcado su vida, pero que no se había percatado de su influencia hasta que, en las sesiones, hizo el análisis de tales situaciones. Nos agradece la ayuda brindada y solicita demos término a la sesión, ya que debía asistir a la misa que se brinda los días viernes a las diez de la mañana.

Con nuestra ayuda, el señor Daniel llena el cuestionario de post tratamiento y se da por terminada la sesión, indicándole que estaba segura que de ahora en adelante, con su nuevo estilo de vida, podría enfrentar las situaciones con mayor fortaleza; sin embargo, le aseguramos que el día que necesitara de nosotros, acudiríamos para apoyarle.

Nos despedimos con un apretón de manos, reiterándonos las gracias y le guiamos al salón de reuniones donde estaba el padre de la iglesia esperando a los residentes para iniciar la misa.

2.3.3 Historia Clínica # 3

DATOS GENERALES:

Nombre:	Señor Bernardo
Fecha de Nacimiento:	Agosto de 1924.
Lugar de Nacimiento:	Chiriquí.

Edad: 75 años.
Estado Civil: Viudo.
Escolaridad: Quinto grado de primaria.
Religión: Católica.
Dirección actual: Residencia "Los Años Dorados"/Pacora.

SÍNTOMA PRINCIPAL:

El señor Bernardo es referido por la enfermera del residencial donde vive, debido a que en las últimas semanas ha presentado la siguiente sintomatología:

- Se niega a consumir alimentos.
- Se percibe una voz de baja tonalidad y flacidez de los músculos del rostro.
- Su deambulación lenta.
- Su diálogo es entrecortado.
- Refleja desesperanza.
- Se le observa constantemente triste y no se relaciona con los compañeros de la residencia y en ocasiones, se dirige a ellos en forma verbalmente agresiva.
- Se encuentra la mayor parte del día en cama, en posición fetal, con la mirada fija hacia el techo.
- Se queja diariamente de que "está desahuciado", por lo que "está viviendo sus últimos días".
- Se queja de abandono por parte de su familia (principalmente de sus hijos).
- Piensa intensamente en sus objetos perdidos.
- Solicita comprensión y apoyo.

- Presenta problemas constantes de estreñimiento.

HISTORIA DEL SÍNTOMA PRINCIPAL:

Desde hace un mes, a raíz del diagnóstico de cáncer terminal en la faringe, el señor Bernardo ha comenzado a manifestar una serie de síntomas. Al inicio protestaba por la comida que se le brindaba, exigiendo especialidades culinarias. Su insatisfacción llegó al grado de apartar a sus compañeros residentes, rechazándoles, lo que produjo una respuesta igual hacia su persona. Tal rechazo se fundamentaba en que "le robaban sus cosas", mostrándose, en ocasiones, agresivo. Expresaba que los residentes eran "poco cultos" y "maleducados", haciendo prevalecer su conducta narcisista.

Poco a poco fue aislándose de todo contacto humano, observándosele un estado de ánimo depresivo, el cual fue agravándose, hasta quedar en cama.

En su actual estado anímico, no hace intento alguno por levantarse de la cama, ni alimentarse, ni asearse, expresando que los médicos le habían desahuciado y que estaba a punto de morir.

El señor Bernardo manifiesta que siempre estuvo consciente de que el diagnóstico de cáncer implicaba que su tiempo de vida se reducía, pero que tenía esperanzas debido a que al inicio, los tratamientos mostraron éxito en los resultados obtenidos; sin embargo, en la última cita que tuvo, habían realizado una junta de médicos acerca de su caso, llegando a la conclusión de que actualmente él está experimentando los efectos de la etapa terminal de la enfermedad. Manifiesta que fueron agotados los recursos médicos con que cuenta el hospital, y ya poco podía hacerse; por esta razón, sólo le recetaron los medicamentos para atenuar el avance de la enfermedad.

Afirma que la mayor causa de su preocupación es la ausencia de dolores, signo que le corrobora el diagnóstico realizado por sus médicos, ya que esto le indica que su evolución no es satisfactoria.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS:

Presenta dificultades para orinar, quizás debido a la operación de próstata a que fue sometido en 1985.

Ha sido diagnosticado con cáncer en la faringe, producto del consumo excesivo de cigarrillos y alcohol.

Presenta dificultades en la visión del ojo derecho.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR:

El señor Bernardo nace en un sector de la provincia chiricana, donde vivió con sus padres. Estudia hasta tercer grado de primaria porque su padre decide retirarlo para que se dedicara a las labores de agricultura. Al cumplir los diecinueve años se independiza de éste y viaja a un distrito donde estudia manejo de máquinas. Al morir su padre, se traslada a la ciudad capital donde contrae matrimonio con una mujer de su edad. De esta relación nacen dos hijos, un varón y una mujer, los cuales, cuando crecen, se involucran en el mundo de la prostitución y las drogas.

Entre sus primeros trabajos en la ciudad capital, estuvieron las labores como agente en la Policía Nacional y en este trabajo llegó al grado de sargento. Por razones que no quiso explicar a la psicóloga, se retira de las filas de mando y posteriormente labora como cantinero. Brindando estos servicios, logra ser líder en el Sindicato de Cantineros y a través de su diligencia, obtiene una beca para capacitarse en asuntos sindicalistas en el extranjero.

Según el paciente, consume bebidas alcohólicas hasta hace cuatro años, cuando por molestias en las cuerdas vocales se le prohíbe tomar bebidas frías, en especial alcohol etílico. Es entonces, tras un operativo de "profilaxis social" que realiza la Alcaldía de Panamá, a través del Departamento de Desarrollo Social, que es internado en el programa de "Puertas Abiertas", en donde permanece durante dos años, hasta que es trasladado a la residencia para su mayor seguridad, ya que fue encontrado deambulando en estado de indigencia.

ESTADO MENTAL:

Al inicio de la entrevista, el paciente permanecía en un aparente estado catatónico, dirigiendo, en ocasiones, la vista cuando se percataba de que alguien le hablaba. La mayor parte del día permanecía en cama, con la mirada dirigida hacia el techo de su habitación. Mantenía una apariencia física de descuido, propia de su negativa a recibir atención por parte del personal de enfermería, a pesar de la insistencia de los mismos.

Su lenguaje y pensamiento eran coherentes, pero con contenidos de pérdida de las esperanzas de vida, propios de la enfermedad que padece.

Durante su diálogo, mostró cooperación, pero preocupación por la actual situación, mostrando ansiedad ante la posibilidad de morir en condiciones discapacitantes.

Igualmente mostró sentimientos de abandono con respecto a las pocas visitas recibidas de parte de sus hijos.

Su memoria y atención estuvieron estables.

En otros aspectos, no se detectaron alteraciones que nos hicieran sospechar de alucinaciones, fobias, ideas de referencia, o algún otro tipo de signo, propio de alteraciones mentales.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

En el momento de la aplicación de la prueba de Apercepción Temática para Edades Avanzadas (S.A.T.), el señor Bernardo reporta haber experimentado conflictos con sus raíces familiares. Existe la percepción en el paciente de que la actual conducta de sus hijos es producto de la inadecuada educación que recibieron de su parte. Piensa que ello ha causado repercusiones en la percepción de sus hijos acerca de la dinámica familiar.

Igualmente, refleja dificultad para adaptarse al residencial. Existe un pensamiento de superioridad con respecto a sus compañeros.

Reporta un sentimiento profundo de soledad, reforzada por la pena de abandono de sus seres queridos, cuyas bases se encuentran en la poca comunicación que recibe de sus familiares más cercanos.

También se observa un poco de ansiedad ante la espera de que en cualquier instante reciba noticias desagradables, sobre todo si tienen un contenido de pérdida de un ser amado al cual no pueda estar presente en su despedida. Esta situación refuerza el hecho de que pueda existir un poco de ansiedad ante la propia muerte, la cual la experimenta a través de la muerte de otros.

Otro hecho interesante lo es la experiencia de situaciones que son interpretadas en el ámbito psicológico como pérdidas, cuyos duelos no han sido elaborados; nos estamos refiriendo a logros alcanzados como lo es el tener casa propia, el trabajo, la familia, las amistades, las bienes, el control de su propio cuerpo. Todas estas situaciones han dejado de llevarse a cabo en su vida, desde el momento en que se incorpora al mundo del alcohol y de la indigencia.

El elemento más relevante lo constituyeron las ideas suicidas, aunque un poco solapadas. El simbolismo utilizado por el paciente, nos indica que la ansiedad ante la situación de muerte no eliminaba su miedo a cómo iba a morir.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA Y ESTRUCTURAL

Las reacciones físicas que experimenta el señor Bernardo con respecto a la pérdida de la salud, de manera estable y repetitiva, muestran la perspectiva de la búsqueda de aferrarse a algo para frenar la caída en un abismo sin fondo o como si luchara para no ahogarse. En ocasiones, despertó nuestro asombro pues parecía una reacción propia de un colapso. El gesto de este paciente "de agarrarse" da fe de un temor a experimentar un colapso que no parece ser consciente del mismo. En semejante "temor a desmoronarse", según lo definió D. W. Winnicott (1975), hay miedo a una ruptura del medio circundante que traiga consigo una ruptura en la continuidad del ser, que fue vivida ya, pero no experimentada, en una época en que el yo y el no-yo no se diferenciaban, época primitiva en que la falla del entorno traía la falla del yo.

"Las fuerzas tensadas en el ello" a que alude A. Green, que deberían dar nacimiento al afecto, no contribuye sino a crear en el paciente, una excitación pura con tendencia a descargarse en el cuerpo, donde provoca trastornos del funcionamiento cardíaco.

El señor Bernardo enumera en tono monótono sus disfunciones como si se tratara de señas particulares que debiesen figurar en un carné de identidad. Parece poner en primer plano sus deficiencias físicas con objeto de que su identidad enferma sea claramente reconocida y aceptada. Las disfunciones corporales parecen ser utilizadas para readquirir valor a los ojos de otro, para consolidar de nuevo un sentimiento de identidad

desfalleciente; y a esto se aferra para justificar el interés que le dirige la terapeuta y evitar, de esta manera, su abandono.

Su hipocondría parece ser la expresión de su angustia ante la senescencia. Se ve enfrentado a un posible trabajo de duelo vinculado a las múltiples pérdidas debido al envejecimiento: pérdidas de objeto, pérdidas funcionales del yo, pérdida en su imagen narcisista, la cual rechaza. Dichas pérdidas pueden estar despertando angustias paranoides en el curso de la vejez, lo que le precipita a una imagen concerniente a su cuerpo en el que tiene lugar la angustia de muerte proyectada, alimentando en consecuencia, toda clase de quejas y consultas. El centro de esta problemática parece ser el sentimiento de derrota narcisista motivado por su edad, ligado a la pérdida de la propia imagen. Es como si quisiera retener en el órgano "enfermo" un objeto interno "vigilante" que teme perderlo. Se aferra a su imagen deteriorada mas bien como una convicción de probar a sí mismo de que todavía existe.

El "tener" se convierte en vacío; es decir, "pierdo", que posteriormente se convierte en "me roban". Al desplegar la angustia sobre los objetos que le rodean, consigue anular en cierto modo, la preocupación por su propio deterioro. En lugar de padecer, imputa a otro la responsabilidad de sus deficiencias; de esta manera, trata de desembarazarse de la pérdida o de la falta para recuperar el equilibrio narcisista. Al proyectar sobre los otros la responsabilidad de lo que sucede, sitúa fuera de sí el centro de sus preocupaciones y se expresa como "objeto bueno"; es decir, un objeto que aún merece ser robado, digno de la estima de otros y de él mismo. Aquí, el ser víctima de robo, no se refiere a una vivencia de tipo persecutorio, sino que refleja su necesidad de luchar contra el aislamiento y la

depresión frecuentes: es menos angustiante y depresivo pensar "me roban mis cosas", que "pierdo mis facultades".

Cuando se le preguntaba si tenía miedo a algo, sólo contestaba: "No, sólo no me siento bien". La perturbación se resume en sensación de asfixia y dificultad para mantener el equilibrio. Es como si la regresión produjera una excitación que permaneciera libre y desbordara en el cuerpo en vez de ligarse al movimiento regresivo para crear sensaciones corporales agradables.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

EJE I: F32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único, grave [296.22].

Sin síntomas psicóticos, con síntomas catatónicos.

EJE II: Rasgos de Personalidad Narcisista.

Rasgos de Personalidad Hipocondríaca.

EJE III: Cáncer faríngeo.

Prostatitis.

Inicio de Glaucoma (ojo derecho).

EJE IV: Problemas relativos al ambiente social: adaptación al residencial.

EJE V: EEAG: 41

DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN:

Recibimos la referencia del paciente de parte del médico del residencial, preocupado por el estado depresivo en que se encontraba, ya que llevaba cinco días en un estado catatónico, que no había podido superar. Al acercarnos a la habitación donde se encontraba, nos percatamos de que se encontraba en cama, mirando hacia el techo de la residencia. Por información suministrada de parte de una de las enfermeras, conocemos

acerca de los vértigos constantes que experimenta en los últimos meses. Al acercárnosle nos saluda, (por la relación anteriormente establecida). Su mirada indicaba una solicitud de ayuda y sus palabras mostraban un contenido de frustración e impotencia: "Es horrible (dice). Todo el cuarto me da vueltas, no puedo poner un pie en el suelo, me caigo. Dios no me escucha... quiero que me lleve... se ha olvidado de mí. Estoy solo, no tengo nada que hacer aquí. La garganta no me duele, tengo fiebre... tóqueme (estaba helado). Hace dos años estoy aquí con el Municipio y ahora me mareo... Estoy desahuciado. ¡Ayúdeme!... por favor". En ello, extiende con mucho esfuerzo, su brazo derecho. En señal de apoyo, estrechamos sus manos con las nuestras.

Le indicamos que trataríamos de ayudarlo en la medida de nuestros recursos. Solicité que nos dejaran a solas en la habitación. Una vez en privado, le pedí que me relatará lo que le pasaba y explicara las razones por las cuales afirmaba que estaba desahuciado. Informa que desde que los médicos le habían desahuciado, ya no existían razones para seguir viviendo. Agrega que siente miedo porque sabe que en cualquier momento le "llegará el llamado de Dios" y que lo que más solicita es no sufrir tanto. Informa que anteriormente, aunque sea sentía dolores, lo cual le indicaba que su cuerpo reaccionaba a los medicamentos y que había escuchado que cuando no había dolores se estaba cercano a la muerte. Manifestó que no le temía a la muerte en sí, sino a quedar incapacitado, y que ahora se encontraba inútil en esa cama sin poder mantener el equilibrio porque tiene constantes náuseas y vértigos, producto del consumo de medicamentos. Refiere que actualmente se encontraba "entre la espada y la pared" porque por un lado necesitaba los medicamentos para hacer menos difíciles los días, pero que, por otro lado, le causaban muchos malestares.

Le solicitamos que nos ampliara más acerca de cómo supo que "lo habían desahuciado". Nos relata que en su última cita con el especialista, éste le explicó que habían tenido una junta médica acerca de su caso y que en los últimos exámenes realizados, los resultados reflejaron un aumento de las células cancerosas, por lo que tendría que cambiar de medicamentos para controlar la enfermedad. Añade que el médico le informó que no podían realizarle más quimioterapias porque su condición de salud era delicada y que le producirían más daño que bien, por sus problemas de hipertensión; por lo que de ahora en adelante sus tratamientos se realizarían en base a pastillas, las cuales podrían causarle efectos secundarios.

El señor Bernardo había deducido que tales afirmaciones del médico indicaban que le quedaba poco tiempo de vida. Las interpretaciones de su actual estado lo habían llevado a analizar los hechos en función de una sola palabra: "desahuciado"

Le preguntamos si algún médico le había dicho exactamente que estaba "desahuciado" o próximo a la muerte, ante lo cual nos contestó, con acento de duda, que exactamente ninguno le había mencionado esa palabra y en forma defensiva expresa lo siguiente: "pero licenciada, si me dicen que ya no pueden hacer nada por mí y que sólo pueden darme pastillas como tratamiento, ¿qué más puedo pensar?". Era necesario confrontarlo con sus propias interpretaciones y lo cercano o lo lejano que estaban de la realidad, ya que era la aparente causa del estado de ánimo en que se encontraba. Así le informamos que en todas las personas, la posibilidad de morir, siempre está presente, pero que se hace más probable ante sucesos como los que experimentaba; sin embargo, las interpretaciones que dábamos de las situaciones tendrían que fundamentarse en base a lo que escuchamos (a la realidad) y no a lo que creemos de ellas; además, que en el aspecto médico, deberíamos de acudir a los

diagnósticos de ellos, en este caso, de un oncólogo, ya que es la persona indicada para determinar su pronóstico de vida en función del cáncer que padece en la faringe.

Después de un silencio reflexivo, contesta que en realidad, el médico no le había indicado que estaba a punto de morir. Mostramos nuestra opinión de que a lo mejor el miedo a enfrentarse a la situación, le hizo pensar en que "eran sus últimos días", ya que probablemente, quizás en el ámbito inconsciente, teme experimentar la fase terminal de la enfermedad, situación que había hecho que se adelantara a los hechos. De la misma manera, mostramos que con su negativa a alimentarse, recibir atención médica y aislarse de los demás, sólo lograría hacer más difícil su situación. Le indicamos que ninguna persona podría indicarle el momento, lugar y día exacto en que "la muerte "nos llamará".

También expresamos la idea de que sus malestares eran propios de los efectos que el médico le indicó que tendrían los nuevos medicamentos, pero que igualmente, sus condiciones emocionales tenían gran influencia sobre su estado de salud, y que por ello, debería hacer el esfuerzo, de poco a poco, ir levantándose de la cama con ayuda de los auxiliares, permitiendo que éstos le ayuden. El paciente nos responde afirmativamente con la cabeza y al retirarnos nos solicita que lo asistiéramos, ya que al conversar se había percatado de que había aclarado muchas ideas "raras" que tenía.

Mostramos nuestro interés en ayudarle de acuerdo a los recursos que poseíamos. Le indicamos que era una tarea en la cual nos tendría que ayudar mucho, pues sin ello sería un poco difícil y que con su colaboración, podría atenderlo los martes y los jueves, ante lo cual estuvo de acuerdo. Seguidamente le expresamos el contenido de la investigación que estaba realizando y las condiciones de los procedimientos de la psicoterapia, incluyendo la confidencialidad, la alianza terapéutica, el número de sesiones, entre otras.

DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA A LA SEXTA SESIÓN:

En la segunda sesión, lo encontramos en la cama, pero esta vez estaba sentado. Al acercarnos lo felicitamos por encontrarlo en esa posición. Mostramos nuestra satisfacción ya que nos indicaba que estaba haciendo esfuerzos por mejorar. Nos responde que después de la sesión inicial, pensó mucho acerca de nuestras indicaciones y que tuvo que reconocer que, sin darse cuenta, se estaba haciendo daño.

En relaciones anteriores con el señor Bernardo, habíamos reconocido el uso de un lenguaje rico en cultura y conocimientos que nos indicaba, el potencial intelectual del mismo; sobre todo por el liderazgo que ejerció durante muchos años de su vida. Su capacidad de análisis ante las situaciones es amplia y en algunos casos, trataba de prever lo que podría suceder en el futuro, tomando las medidas del caso. Quizás este tipo de análisis llevó al paciente a interpretar las palabras del oncólogo de esa manera.

Seguidamente, refiere que nunca había pensado en el poder que tenían los sentimientos sobre los pensamientos y que el miedo que tiene lo había llevado a malinterpretar las palabras del médico especialista.

Dialogamos acerca de su alimentación, mencionándonos que el médico había ordenado una dieta especial porque tenía que iniciar comiendo poco a poco y que por ahora sólo ingería líquidos o alimentos licuados.

En lo que respecta al equilibrio corporal indica que puede caminar con la ayuda de los auxiliares. Continúan los vértigos y han desaparecido las náuseas. Expresamos que ese era un gran avance y que era parte de un logro propio; sin embargo, debería tener presente la aparición de efectos secundarios propios del consumo de los medicamentos, los cuales

podrían provocar la reaparición de algunos síntomas, por lo que debería estar preparado para ello.

Informa que la actividad onírica había mejorado, incrementándose las horas durante las noches. Advierte que cuando está acostado durante el día, generalmente esta posición le causa sueño. Indicamos que si deseaba dormir durante un periodo mayor en las noches, era indicado que se mantuviera, o bien sentado leyendo un buen libro que mantuviera su interés o solicitara ayuda para desplazarse hacia algunas de las actividades que se realizan en el residencial, en las que él participaba.

Por primera vez nos menciona a su familia, refiriendo que el fin de semana había recibido visita de su hijo y éste le había traído a su nieta. Agrega que tenía tres meses de no saber de ellos y le dio nuevas noticias acerca de sus familiares. Al hablar de ello, nos refiere que tiene que reconocer que esta visita le reanimó y que pensaba que se habían olvidado de él. Muestra su preocupación por su hijo pues siempre ha sido "cabeza loca" y antes de morir desea dejarle una pensión o una casa para que no tenga que "pasar trabajo". Con tristeza indica que reconocía que no había sido el padre que todo hijo necesita y que se sentía muy culpable cada vez que escuchaba que su hijo lo habían visto drogado y cómo repercutía esto en su familia. Recuerda entonces los tristes momentos en donde se alcoholizaba y no mostró interés en su familia. Por ello pensaba que lo que vive ahora era el fruto de su comportamiento y esta era la razón por la que sólo le pide a Dios "licencia" para rectificar un poco el daño que causó, principalmente a sus hijos.

Expresamos que todas las personas cometen errores en la vida y que éstos nos sirven de aprendizaje. Agregamos que lo importante en este momento era reflexionar sobre lo acontecido en el pasado, pero centrándonos en el presente; que dentro de sus recursos

podría ayudar a su hijo en la actualidad (en el ámbito económico), pero que su estado de salud era importante mantenerlo de la manera más estable posible, porque de lo contrario, las metas que se había propuesto, serían difíciles de lograr si no ponía de su parte.

Nos despedimos indicando la terminación del tiempo de la sesión, recordándole nuevamente las indicaciones brindadas anteriormente.

A la tercera sesión acude al consultorio con la ayuda de un auxiliar. Le saludamos y preguntamos cómo se había sentido desde la última vez que nos habíamos visto. Expresa que se alimentaba un poco más pero en pequeñas cantidades. Su deambulación es lenta, pero manifiesta el esfuerzo del paciente por intentar dar pasos más firmes. Su arreglo personal ha variado, lo cual ha sido motivado, de acuerdo al señor Bernardo, por los intentos de las auxiliares de mantenerlo aseado. Nos dice que el día anterior permitió que le rasuraran el rostro y le recortaran el cabello.

Indica que su mayor dificultad actual son los vértigos que a cada rato le causan molestias, pero que trata de ignorarlos manteniéndose estable en un sólo lugar y una vez logrado el equilibrio, se entretiene leyendo algún libro o revista. Agrega que de esta manera sigue nuestro consejo de mantenerse activo en alguna actividad durante el día, permaneciendo menos tiempo en cama.

Manifiesta que anteriormente tenía dos amigos en el residencial, con los cuales lamenta haber sido grosero. En días anteriores tuvo que reconocer que no fue lo más amable y se disculpó con ellos. Desde entonces, también se dedica a jugar dominó en sus ratos libres. Afirmo que esta actividad lo entretiene más que la lectura, ya que permanece más tiempo realizándola, además de que le permite interactuar con otros residentes, aunque insiste en

seleccionar sus amistades ya que no todos tienen el mismo bagaje cultural que él (no todos los que tienen temas para dialogar con él)

Se muestra un poco agotado, por lo que suspendimos la sesión a escasos siete minutos de su finalización, recordándole que lo esperábamos en la próxima sesión.

En la cuarta sesión tuvimos que acudir al dormitorio donde se encontraba, ya que estaba recibiendo otro tratamiento que requería su permanencia en cama. Al vernos nos saluda aunque se muestra un poco enojado. Al cuestionarle sobre su estado de humor, nos indica que estaba recibiendo dicho tratamiento y que se sentía bien, pero que no entendía por qué insistían en mantenerlo en cama. Menciona acerca de los recuerdos al inicio del tratamiento que produjo el estar deprimido y aislado de los demás. Explicamos que si realmente sentía miedo de retornar a situaciones anteriores, la actual vivencia tenía una connotación diferente. Antes su estado era producto de una depresión severa cuyas consecuencias se reflejaron hasta en su deambulación y quizás en el posible incremento de los malestares producto del medicamento; y en la situación actual, debería tomar reposo como parte del tratamiento. Además, le indicamos que tenía a su lado un buen equipo de salud encargado de atenderle y proporcionarle los cuidados. Le sugerimos mantenerse en cama ya que los efectos del medicamento, de acuerdo a la enfermera, podrían hacer retornar los vértigos y el personal quería prevenirle una caída o cualquier daño que podría ocasionarse. Le indicamos que las consecuencias podrían ser mayores si esto ocurriera.

Le indicamos que las actividades que se dedicaba a realizar en el salón de reuniones, se podría coordinar con la administración a fin de que pudieran ser efectivas, mientras continuara la orden de mantenerse en cama, bajo reposo. Nos detalla que sus amigos le habían dado la sugerencia de jugar algunos partidos de dominó en el cuarto, pero pensó

que la administración rechazaría dicha idea pues pensarían que el resto de los residentes reforzarían aún más la imagen de "consentido" que tienen de él.

Lo dejamos en un estado más estable referente al enojo manifestado al inicio de la sesión, señalándole que debería descansar y que nos volveríamos a ver dentro de una semana, para no interrumpir el proceso de tratamiento médico. No obstante, le informamos que durante la semana estaríamos pendientes de su evolución y en tal caso que nos necesitara antes de la sesión, estaríamos a su disposición. Nuevamente le recordamos que la siguiente, era la última sesión de una serie de cinco y que un mes después, volveríamos a vernos como parte del seguimiento del tratamiento de psicoterapia breve.

A través de reporte entregado por la enfermera, tuvimos conocimiento de que el paciente siguió las indicaciones médicas y en sus ratos libres se le observaba leyendo una revista o bien jugando dominó con alguno de sus amigos.

En la quinta sesión acudimos a su dormitorio, ya que continuaban las medidas de reposo. Nos detalla que le habían llevado al Hospital Oncológico para realizarle otros exámenes. Comenta que está cansado del consumo de tantas pastillas, pero que cada vez que se siente mal, tiene la obligación de tomarlas, ya que de lo contrario, afectaría el mantenimiento del control de las células cancerosas. Manifiesta que en la sesión anterior había olvidado mencionarnos que los especialistas le habían cambiado los medicamentos, ya que eran muy fuertes. Ahora dice sentirse mejor y con más ánimos que antes. Enfatiza que es por ello que pudo iniciar nuevamente en la actividad de la lectura de libros e incorporarse al juego del dominó.

Su alimentación, con el cambio de medicamentos, ha mejorado. Menciona con efusividad que al fin puede comer carnes y arroz. Agrega que en esa semana le dieron

permiso un día para jugar en el salón de reuniones. Afirma que tuvo que convencer al médico del residencial que no era justo que hubiera un torneo de dominó y él no pudiera participar, señalándole que podía poner un auxiliar para vigilar de vez en cuando, si temía que le pasara algo a él. Un poco inconforme señala que sólo pudo lograr que le proporcionaran un día, pero que por lo menos era algo.

Con respecto al dormir, menciona que ha mejorado notablemente. Indica que como ya se había acostumbrado a emplear el tiempo durante el día (aunque estuviese en cama), evita dormir lo menos posible para que en las noches no se afecte el sueño nocturno.

A pesar del pronóstico de vida del paciente, su disposición ante la vida había cambiado. Se notaba la atención que brindaba a la programación de las actividades diarias en la residencia. Era notable que había vivido durante dos años en este lugar, pero no había establecido los niveles de adaptación al mismo ni tampoco la aceptación de que viviría el resto del tiempo que le queda, compartiendo con un personal de salud y con compañeros que se encuentran atravesando situaciones semejantes, en igual, menor o mayor grado.

Le explicamos que en estos momentos, iniciaba un nuevo estilo de vida, siendo las personas a su alrededor, su mayor recurso y que dadas sus condiciones de vida, lo mejor que podía hacer era disfrutar el tiempo le quedaba, dejando atrás la imagen de lo que un día fue. Enfatizamos en la confianza que teníamos acerca de su capacidad de liderazgo, por lo que podría aconsejar a otros compañeros que se encuentran en la condición en que él se encontraba antes y que aunque pensara lo contrario, era muy respetado por sus compañeros y su ayuda sería de utilidad.

Terminamos la sesión recordándole nuestro compromiso de la sesión de seguimiento dentro de un mes. Le explicamos los posibles efectos que podría experimentar como parte de la terminación del tratamiento y su interpretación en materia de pérdidas.

SESION DE SEGUIMIENTO:

Acude al consultorio con ayuda de un bastón. Esta vez se le nota con un estado de ánimo elevado, manifestando estabilidad. Nos saluda y muestra una de las labores de tallado de madera que había realizado en la última semana. Indica que ahora sí se sentía bien en el residencial porque durante todos los días se realizan diferentes actividades que ocupaban su tiempo libre, por lo que su mente estaba ocupada y no había tiempo para pensar en "cosas malas", y que en las noches estaba tan cansado que se retiraba a dormir profundamente. Comenta que pudo participar de un paseo a un puerto, ante lo cual dice sentirse muy satisfecho ya que anteriormente se le imposibilitaba participar de ellos porque tenía vértigos constantes. Comenta que pudo disfrutar del paseo, claro está, tomando las precauciones de acuerdo a las prevenciones de su salud.

Menciona que definitivamente el cambio de medicamentos le ha favorecido, ya que al tener pocas náuseas y vértigos, puede mantener mejor el equilibrio del cuerpo y ver la vida de un modo diferente.

Al preguntarle acerca del aprendizaje obtenido durante el proceso terapéutico, nos indicó que aceptó finalmente, que sus hijos no lo vendrán a buscar y que allí morirá. Afirma que anteriormente estas frases le aterrorizaban, pero que ahora como se ha incorporado a otras actividades, no teme a ello. Enfatiza que también aprendió a reconocer sus propias habilidades y las potencialidades "escondidas" que tenía y no las había explotado. Entonces menciona las destrezas desarrolladas en el juego del dominó.

También reconoce que recordó lo bien que se sentía al leer y lo satisfactorio de seguir aprendiendo cosas nuevas a través de la lectura, pero que lo más importante era que aprendió a relacionarse con sus compañeros de la residencia y que nunca imaginó que los demás lo veían como una figura de líder; mas bien pensaba que le tenían envidia y, por ello, los rechazaba.

Ahora observa "como debió verse de feo cuando se comportaba de esa manera", ya que en la actualidad colabora con la enfermera convenciendo a sus compañeros para que se tomen los medicamentos. Señala que se pone de ejemplo ante sus compañeros, diciéndoles que si él tiene cáncer y tiene más probabilidades de morir, cómo es que él (refiriéndose al compañero residente), no lo va a hacer. Agrega que les dice a sus compañeros que con esa actitud se están matando y les recuerda lo bonita que es la residencia donde viven y los cuidados que reciben en este lugar, que en otras instancias, no lo tendrían. Afirma que entonces les enumera la cantidad de servicios médicos que reciben y el costo de los mismos, que de otra forma, no tuvieran acceso a ellos. Enfatiza que además les recuerda el problema que puede ocasionarle a los auxiliares con su jefe y que con su actitud, podrían decir que el auxiliar no los está cuidado. Agrega que después de decirle todo esto, extiende su mano y hace que sus compañeros a regañadientes, se tomen la pastilla ("sabe, licenciada... y hago que se la tomen")

Con respecto a su estado de salud indica que ha observado que manteniéndose activo se siente mejor y que los días en que amanece mal, hace todos los intentos para aunque sea, sentarse en la cama; entonces reza y le pide a Dios que no lo haga sufrir y que el día que decida llevárselo, "sea de un sólo tirón".

Con nuestra ayuda, llena el cuestionario de post-tratamiento y se da por terminada la sesión, indicándole que estaba segura que de ahora en adelante, con su nuevo estilo de vida, podría enfrentar las situaciones con mayor fortaleza; sin embargo, le aseguramos que el día que necesitara de nosotros, acudiríamos para apoyarle.

Nos despedimos con un fuerte apretón de manos y al final nos recita una poesía en nuestro honor, señalando al final que ese era otro recurso que "tenía guardado" y que practicaría varias para el acto del día de las madres en honor a sus compañeras de la residencia.

Terminamos la sesión, reiterándole nuestro apoyo y agradecimiento por haber participado de nuestra investigación. De la misma manera, nos devuelve el agradecimiento y nos brinda su bendición.

Con ayuda de su bastón, sale del consultorio, girando el cuerpo hacia donde me encontraba ubicada (la terapeuta), mostrando una leve sonrisa al retirarse del consultorio.

2.3.4. Historia Clínica # 4

DATOS GENERALES:

Nombre:	Señora Sofia.
Fecha de Nacimiento:	Mayo de 1926.
Lugar de Nacimiento:	Veraguas.
Edad:	73 años.
Estado Civil:	Viuda.

Escolaridad: Segundo grado.

Religión: Católica.

Dirección actual: Residencia "Los Años Dorados"/Pacora.

SÍNTOMA PRINCIPAL:

La señora Sofía acude a consulta psicológica referida por la enfermera del residencial donde vive, debido a que en las últimas semanas ha presentado la siguiente sintomatología:

- * Siente tristeza, por la condición en que ha quedado. Se siente abandonada, a pesar de que recibe visitas de su hija (la justifica).
- * Se le observa constantemente triste y no se relaciona con los compañeros de la residencia (poco habla con ellos)
- * En las últimas semanas se niega a comer, señalando que los alimentos le hacen daño.
- * La semana pasada, se cayó, causándose lesiones en el cuerpo y cara.
- * Experimenta sensaciones de vértigos, por lo que pasa la mayor parte del tiempo en cama.
- * Se queja diariamente de un dolor en la cadera, cuando está sentada.

HISTORIA DEL SÍNTOMA PRINCIPAL:

A raíz de un "derrame" del que fue objeto, la señora Sofía es internada por su hija en el residencial. Justifica su abandono con el argumento de que "no tiene dinero para pagar a alguien que la cuide".

Es notoria su falta de adaptación al residencial, hecho que es palpado por el personal de atención, debido a que la mayor parte del día, se encuentra triste y solitaria.

Generalmente se le ve acostada en el dormitorio con la mirada fija en el techo de la habitación; o sentada, apartada de los demás.

A pesar de las indicaciones médicas, rechaza los alimentos, sobre todo si piensa que "le hacen daño" (es diabética); no obstante, teniendo en cuenta el cuidado de su salud, el personal es cauteloso ofreciéndole una alimentación adecuada.

Una noche, en la que sufría de vértigos, se levantó de la cama (a pesar de su condición). No quiso llamar a ninguna auxiliar para ir al baño; y a consecuencia de ello, sufrió un mareo y se cayó, golpeándose en varias partes del cuerpo y en el rostro. Al cuestionarle acerca del por qué no llamó o esperó a una auxiliar para ir al baño, ya que estaba en condición delicada de salud, señaló que estaba "cansada de depender de los demás y no quería molestar".

SÍNTOMAS SECUNDARIOS

Ha sido intervenida quirúrgicamente en varias ocasiones (vejiga, quiste ovárico, vesícula). Tiene la "vejiga caída", por lo que diariamente tiene que acostarse con las piernas levantadas. A esto le llama "su terapia".

Debe recibir una alimentación especial puesto que tiene problemas de circulación; es hipertensa y diabética. Además, es alérgica a los alimentos que vienen enlatados.

Se queja de constantes dolores en la cadera.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

La señora Sofía es hija de "Teodoro" y "Mariela". Nace en una provincia del interior del país, siendo la séptima de nueve hermanos: tres hombres y seis mujeres, pero actualmente sólo viven tres de ellos.

Relata que cuando niña, sus padres presentaron muchas carencias económicas, razón por lo que cuando tenía sólo 16 años, la envían a la ciudad capital, donde una hermana. Es entonces donde se inicia trabajando en casa de una familia como empleada doméstica. El

trabajo no le agradaba, por lo que posteriormente decide iniciarse en la venta de legumbres en el "mercado grande", actividad laboral a la que se dedicó el resto de su vida. Allí conoce a su primera pareja. Él era repartidor de legumbres y frecuentaba su puesto de ventas cuando le llevaba la mercancía. Muy pronto iniciaron relaciones y producto de la unión con este señor, tuvo una hija con él: H.B. Mantuvieron su hogar a través de las ventas de las legumbres, de manera independiente. Señala con orgullo, que ella también administraba su hogar.

Debido a diferencias interpersonales, se separaron. Se refiere a él en términos de "que la abandonó", trasladándose hacia el interior donde su familia. No supo de él sino hasta el año '93, cuando lo trajeron en avión hacia el Seguro Social porque había sufrido un infarto al corazón; sin embargo, indica que falleció antes de llegar a la ciudad capital.

En el año de 1995 conoce al señor C., con el cual se casa y se muda para un sector del distrito de San Miguelito. Señala que todo estuvo bien hasta que en el año de 1997 sufre un "derrame" que la incapacita del lado derecho, afectándole el brazo, la mano y la pierna del mismo lado. Mediante medicamentos y terapias de rehabilitación, logra recuperarse, caminando con la ayuda de un bastón. Cuando esto ocurre, su hija la interna en la residencia porque ésta "no podía pagarle a alguien para que la cuidara y allí estaría mejor atendida".

Tristemente relata que durante el primer año de habitar en el residencial, recibió mucha ayuda y apoyo de su marido, pero que sin razón ni explicación alguna, "desaparece" y deja de visitarla, desconociendo hasta la actualidad, el paradero del mismo y las razones por las cuales la "abandonó".

Es visitada por su hija cada quince días, acompañada de su esposo y a veces de su nieta de catorce años. Esta le trae jugos, frutas y galletas. Agrega que como su hija trabaja en el Municipio como recaudadora, logró el cupo para internarla.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Durante la entrevista inicial, la señora Sofía asistió al consultorio con arreglo personal adecuado. Su actitud en todo momento fue colaboradora y un tanto amistosa.

Muestra frustración ante la pérdida de su última pareja, la cual la abandonó sin ningún tipo de explicación. Muestra sentimientos de impotencia al referirse a la dificultad que tiene para poder deambular (nos enseña el bastón con que se desplaza). De la misma manera es notable su preocupación y temor de quedar nuevamente en una situación incapacitante, por lo que recurre al rechazo de los cuidados básicos de salud, en la búsqueda de la reducción de probabilidades de otro "derrame".

Por otro lado, muestra su temor hacia la forma en que morirá, mas no así la muerte en sí. Sus pensamientos se orientan hacia el temor de sufrir y quedar incapacitada.

Su pensamiento fue fluido. Fue evidente la ansiedad o preocupación ante la posibilidad de la propia muerte.

No se evidencian signos mentales que limiten o impidan su desempeño como residente, o como parte de un proceso psicoterapéutico breve.

Su lenguaje muestra contenidos religiosos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

En el momento de la aplicación de la prueba de Apercepción Temática para Edades Avanzadas (S.A.T.), la paciente reporta sentimientos de abandono de parte de su pareja conyugal. Es evidente su dificultad para adaptarse al residencial, producto de su

internamiento por parte de su hija. Parece tener gran influencia la manera en que fue llevada al lugar. Refleja un sentimiento de engaño y de abandono hacia sus seres queridos. Ante ello, prefiere la soledad, reforzada por un sentimiento de abandono y pena, a pesar de las visitas frecuentes de su hija. Existe una percepción de que estas visitas se deben al sentir de un compromiso más que el deber de una hija para con su madre, ya que recibía pocas expresiones de afecto.

También se observa un poco de ansiedad ante la espera de que en cualquier instante reciba noticias desagradables, sobre todo si tienen un contenido de pérdida de un ser amado y que ella no pueda estar presente en su despedida. Esta situación refuerza el hecho de que pueda existir un poco de ansiedad ante la propia muerte, la cual la experimenta a través de la muerte de otros.

Otro hecho interesante lo es la experiencia de situaciones que son interpretadas en el ámbito psicológico como pérdidas cuyos duelos no han sido elaborados; nos estamos refiriendo a logros alcanzados, como lo es el tener casa propia, el trabajo, la familia, amistades, bienes, el control de su propio cuerpo. Todas estas situaciones han dejado de llevarse a cabo en su vida, desde el momento en que es internada.

El elemento más relevante lo constituyeron las ideas suicidas, aunque un poco solapadas. El simbolismo utilizado por la señora Sofía, nos indicaba que la ansiedad ante la situación de muerte no eliminaba su miedo cómo iba a morir.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA Y ESTRUCTURAL

La señora Sofía proviene de un hogar en donde ejercía la jefatura, producto de su trabajo diario como dependienta en la venta de legumbres, labor a la que dedicó la mayor parte de su vida. A raíz del "derrame" de la que fue víctima, acontecen una serie de

pérdidas que se hacen sentir, concluyendo en su internamiento en el residencial, por parte de su hija. Nos estamos refiriendo a la pérdida de su hogar, de sus capacidades físicas y de su independencia en general, entre otras.

Justifica constantemente las razones por las cuales su hija tuvo que tomar la decisión de ingresarla al residencial. No dirige ningún tipo de reproche por dejarla "abandonada" en este lugar. A semejanza de muchas personas de su edad, no puede expresar su resentimiento sin arriesgarse a perder el amor de la persona que lo provoca; ni siquiera puede reconocerlo y, como señaló Freud, "esta coartación interna de los afectos puede conducir a una inhibición global del yo por empobrecimiento de energía".

Desde entonces, se le observa deambular por el residencial apoyada en un bastón, representando éste el sostén que necesita, reflejado a través de la muestra de sentir alivio cuando el personal le muestra "su brazo" para ayudarla a desplazarse. Lo que de este modo se evidencia es que la psicoterapeuta, la enfermera o la auxiliar, asegura la función de mantenimiento de contenidos mentales. Esto ha ayudado a un efecto de *holding* satisfactorio, demostrándose la buena capacidad de la paciente para avanzar hacia la vivencia de la muerte.

En sus sueños, la persona muerta (esposo difunto), aparece aún viva. Estos sueños, parecieran dar significado al término "consuelo". La posibilidad de que encuentre dicho consuelo parece constituir un indicador confiable del curso que está siguiendo el duelo.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

EJE I: F32.1 Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.23]

Moderado, sin síntomas psicóticos, con síntomas melancólicos.

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

EJE III: Diabetes.

Hipertensión.

EJE IV: Problemas relativos al área social: abandono de familiares.

EJE V: EEAG: 55

DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN:

Al recibir la referencia de la señora Sofía, como parte del proceso terapéutico en lo referente al inicio del rapport, acudimos al lugar donde la mayor parte del día la encontramos: sentada en una de las sillas cercanas al jardín, junto a su bastón. Al acercarnos, le saludamos e invitamos a que nos acompañara al consultorio, accediendo a ello sin dificultad alguna.

Se observa una deambulaci3n lenta, pero adecuada a su discapacidad del lado derecho, producto del "derrame". Al entrar al consultorio la invitamos a que tomara asiento, facilitándole el espacio necesario para su mayor comodidad. Le preguntamos sus datos personales para establecer su nivel de orientaci3n tempo-espacial y memoria a corto, mediano y largo plazo. Seguidamente le cuestionamos sobre su grado de satisfacci3n con el residencial, específicamente c3mo se sentía viviendo en ese lugar, respondiéndonos que el lugar era bonito pero que nunca pens3 que pasaría sus últimos días alejada de sus familiares. Inmediatamente irrumpe el diálogo, indicando que su hija la había dejado allí porque no tenía dinero para que alguien cuidara de ella; justifica la conducta de ésta añadiendo que la visita los domingos, cada quince días acompañada de su esposo y a veces de su nieta.

Informa que el problema suscitó cuando se enferma producto de un "derrame". Indica que a raíz de ello, estuvo hospitalizada y que cuando le dieron de alta, ninguno de sus familiares podía cuidarla y "su hija tenía que trabajar".

Agrega que durante toda su vida había sido independiente, tenía su propio negocio, y de esta manera, pudo sostenerse económicamente; pero producto de la parálisis, no pudo seguir ejerciendo mencionados oficios.

Indica que lo que más le entristecía era que durante su primer año de estancia en el residencial, el señor C. la visitaba. Durante varios años había sido su pareja, pero creía que esto no había servido de nada. Al preguntarle la razón de sus pensamientos, nos contestó que se había esforzado mucho atendiéndolos (a todos) en su casa, especialmente a él y ahora que no le era útil, la había abandonado. Agrega que ésta era la gran incertidumbre en su vida (la paciente se entristece aún más y llora)... Silencio... Indica que creía que a lo mejor había encontrado a otra persona y por ello no podía venir más a verla. Ante ello, le pedimos que nos hablara acerca de su relación de pareja con esta persona, describiéndola como "jovial, serena y buena". Agrega que desde que se fue ha tenido "un vacío en su vida" y que por ello los días "seguían pasando por ella", y por ello se sentía muy mal. Al preguntarle la razón de sus comentarios, nos contesta que todo allí (el residencial) era bonito, pero feo a la vez; explicando que era bonito por el jardín, las habitaciones, la atención y las personas; pero que a veces lo veía feo porque le recordaba que por estar allí, no tiene conocimiento acerca de sus familiares y en este lugar la había abandonado el señor C.

Comienza a describirnos una serie de "males" que posee: la cadera, la "vagina caída", lo del "derrame", su inquietud para poder dormir de noche y el constante sueño que tenía

durante el día, por lo que permanecía mucho tiempo en cama o dormida en su silla. También habla acerca de su problema de diabetes, mencionándonos que tenía que tener cuidado con la ingesta de alimentos, puesto que había algunos que no podía consumir, pues "le hacían daño". Al solicitarle que fuera más específica nos contestó que en realidad la mayoría de los alimentos que allí brindaban le hacían daño porque además era hipertensa. Aprovechamos la ocasión para indicarle que sus conocimientos acerca de las legumbres, tubérculos, etc., serían de utilidad en el área de la cocina de la residencia; sobre todo, en la preparación de la dieta diaria que deberían preparar las cocineras del residencial; además que de esta manera, la podrían ayudar con su alimentación (ya sabíamos que el personal era cauteloso al respecto; sólo queríamos establecer nuevamente la confianza de la paciente con el personal).

Le hablamos acerca de los cambios que se suscitan en nuestras vidas y acerca de las pérdidas que experimentamos en ella; sobre todo, que específicamente, la pérdida de su pareja, quizás era la causa de su tristeza y desgano ante la vida. Nos relata que al inicio, lo esperaba con ansias todos los fines de semana, pero que a medida que pasaban las semanas y no la venía a visitar, se convenció de que no volvería más. Agrega que aceptar esto no le fue fácil, que mucha gente le hablaba acerca de ello; sin embargo piensa que no logran entender su sentir y explicarle por qué esto sucedió. Indicamos a la paciente que ante su problemática existían dos tipos de probabilidades: una que podría dar esperanzas de que algún día tendría respuesta a su interrogante; pero que existía otra alternativa que aunque dolorosa, podría ser más real ante los hechos. Nos interrumpe diciéndonos: "nunca sabré el por qué, ¿verdad?". Le contesté que en esos momentos no estábamos para darle respuestas sobre hechos en los cuales no tenía decisión; pero que lo que sí podía afirmar

era que con su colaboración podríamos ayudarle. Además, le indicamos que pensábamos que sus esperanzas deberían estar basadas en su presente, que el pasado nos serviría como experiencia para ser aplicado en lo que estaba viviendo.

Le preguntamos si existía entre sus recuerdos alguno que le hacía sentir bien, respondiéndonos que era satisfactorio el recordar sus días de trabajo en el campo y en el mercado, pero que ahora en su condición ya no era útil. Le recordamos que no estaba inválida y que se desplazaba gracias al apoyo de un bastón y que lo más probable era que no podría desplazarse con la rapidez de antes, lógicamente porque existía la realidad del resultado de los años, pero que podría poco a poco ser útil en la residencia; que si bien no lo había pensado (como anteriormente le había mencionado), podría ayudar a las señoras de la cocina (con ello queríamos hacer recapacitar a la paciente con respecto a los alimentos, que le tuviera confianza al personal de cocina y le perdiera el miedo a sufrir algún daño físico producto de su alimentación). Sonríe como si estuviéramos inventando algo imposible, reiterándole que pensábamos y confiábamos en sus conocimientos, los cuales serían de utilidad en estos tipos de oficio; además de que invertiría el tiempo, durante el día, en una actividad que había realizado durante años, y que tenía la ventaja de que quizás era más experta que muchas que realizaban esta labor porque ella provenía del campo y podría conocer más de legumbres, verduras, etc.

Se le cuestionó acerca del recuerdo de algún sueño que hubiera tenido, contestándonos que había soñado con su primer esposo; sin embargo, manifestó tristeza al expresarnos su fracaso al tratar de retener la imagen del difunto al despertar del sueño. Es como si deseara mantenerlo vivo en el presente: aparece joven y sano y participa en actividades placenteras. Sin embargo, algo en el sueño le indica que no todo está bien: "en el sueño, sé que él está

muerto". Aquí la importancia de cómo la paciente inicia el proceso de duelo, lo cual nos brinda indicios de su elaboración, aunque con la utilización de mecanismos de defensa propios del proceso. Agrega que en el sueño, el difunto le decía que lo esperara para que se fueran juntos. Ante esta declaración se le cuestionó acerca de si deseaba estar al lado de él, ante lo cual contestó que él estaba muerto, pero que si lo pudiera decidir, lo estaría, pues su marido la había dejado abandonada y nunca más ha sabido de él y sólo quería saber las razones de su abandono, o si ella hizo o dijo algo que a él le molestara de manera, tal que su reacción fue no visitarla más. Sólo, mencionó que quería saber el por qué.

Nos relata con tristeza que se siente insegura porque las personas con las cuales había establecido vínculos de "amistad" en la residencia habían sido despedidas. Señaló que estas auxiliares la ayudaban y ahora tenía miedo de que ya no tuviera quien la apoyara. Le pregunté si tenía miedo a que la volvieran a abandonar, ante lo cual respondió afirmativamente.

Con respecto a sus temores reportó que los mismos solamente se referían en torno a la forma en que morirá. Hace la observación de que "le pide a Dios" que no la deje más enferma de lo que ya está. Al interpretar esta observación, le indicamos que podría ser que la soledad, el no estar cerca de sus seres queridos i compartir con ellos, le hacía temer a la muerte, sobre todo al hecho de morir sola. Le recordamos que la muerte es un suceso que constantemente está presente en nuestras vidas pero que se hace más palpable en la etapa del envejecimiento porque reconocemos que estamos más próximas a ella. Le enfatizamos que la vida tiene muchos acontecimientos y que era normal que sintiera ansiedad y tristeza ante su situación, pero que incorporando actividades a su vida, podría mantener un equilibrio, y de esta manera, percibiría su actual vida y la del residencial, de una mejor

forma. Continuamos diciéndole que cuando tenemos miedo, a veces, éste nos hace actuar a veces de manera equivocada y realizar actos que podrían perjudicar nuestra salud y hacer peligrar nuestra vida. Se mantiene reflexionando en silencio y nos dice que la enfermera le había dicho que exageraba sus medidas de control de su salud a través de la alimentación que recibía; pero que sus pensamientos giraban en torno a que "al cuidar de su alimentación, no le hacía daño a nadie". Le contestamos que todas las personas podemos cuidar de nuestra alimentación, pero que tomar decisiones en las cuales ponemos en peligro nuestra salud, podría ser perjudicial para nuestra vida futura y que a veces nuestros miedos a los efectos de las enfermedades, podría llevarnos a tomar este tipo de decisiones. Le reiteramos el hecho de que a veces los miedos no nos dejan pensar bien y podríamos actuar equivocadamente, y, pensando que nos hacemos un bien, podríamos hacernos un mal.

Nos comenta que ha visto cómo han llegado al residencial muchos de sus compañeros e igualmente los ha visto decaer e inclusive morir; y reflexionando sobre ello, recuerda cómo quedó después del "derrame" y cómo fue mejorando y no quisiera regresar atrás; es por ello que cuida tanto de su alimentación. Le indicamos que era muy positivo que cuidara de su salud a través de su alimentación, pero que el negarse completamente a recibir alimento alguno, era más perjudicial que beneficioso. Le informamos que dialogaríamos con la enfermera y el médico a fin de mejorar su alimentación, además de sugerirle su participación en los quehaceres culinarios; por supuesto, si era de su agrado.

Le explicamos acerca de la investigación que realizábamos y de nuestro deseo de que participara de ella. Le indicamos las condiciones de la misma en cuanto a la confidencialidad de sus datos, a la disposición de la terapeuta, al tiempo, número de sesiones, entre otras. La paciente nos responde afirmativamente, diciéndonos que nada

perdía con intentarlo; además de que la sesión había sido de su agrado y que había podido dialogar acerca de algunas cosas que "mantenía oculta en su corazón". Termina señalando que se sentiría bien si podría ayudar en algo en la residencia, ya que de esta manera, sería útil y no experimentaría la sensación de que la tienen allí "por lástima", y no sería "un estorbo". Le mencionamos que todos podemos ser útiles, pero que debemos encontrar el oficio en que podemos ayudar y le fui mencionando a los diferentes residentes que colaboran en las labores diarias y las actividades que éstos realizan en el residencial.

Nos despedimos señalándole que tratara de no dormir mucho de día, ya que así le restaba sueño a la noche y que la esperábamos en la próxima sesión.

DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA A LA SEXTA SESIÓN:

Ubicamos a la señora Sofia, en el recorrido que hacíamos antes de iniciar las sesiones con los pacientes, en el lugar de siempre. La saludamos e inmediatamente se apoyó en el bastón preguntándonos si ese día tenía sesión. Al responderle afirmativamente, se levantó lentamente de la silla (sin ayuda) y se dirigió al consultorio, donde nos esperó (estaba terminando de saludar a los demás pacientes)

Al entrar al consultorio, reiteramos nuestro saludo y le preguntamos cómo se había sentido desde la última vez que nos habíamos visto. Nos indicó que estaba haciendo esfuerzos por no dormir durante el día y aseguró que había comprobado la veracidad de que al "aguantar sueño de día, de noche no tenía tantos problemas para conciliar el sueño". Le informamos que quizás al inicio le sería un poco difícil, pero que el objetivo no era que "aguantara" sueño todo el día, ya que el descanso era sano y que todas las personas necesitamos de ello; pero que el problema se suscitaba si dormía más de 4 o 5 horas diarias

(durante el día), ya que podía desestabilizar el sueño nocturno. A esta observación, la paciente asintió con la cabeza.

Le preguntamos acerca de cómo iba su alimentación. Nos señaló que estaba tratando de comer los alimentos que le servían en la residencia, que al inicio seguía rechazándolos pero que la enfermera le había hablado, recordándole nuestras palabras. Fue entonces cuando recapacitó e intentó probar un pequeño bocado. Afirma que “de la noche a la mañana” no podría comenzar a comer tantas cosas, ya que ahora tenía problemas con los gases, y de acuerdo al médico, debía comer poco a poco, razón por la que sólo ingiere los alimentos que ha recomendado el médico.

Nos dice que la encargada de los trabajos manuales se le había acercado para invitarla a que participara en los nuevos cursos que iban a brindar en el salón de reuniones. Le indicamos que esta idea nos parecía positiva ya que podría invertir su tiempo libre en una actividad y, de esta manera, se podría ayudar a controlar el constante sueño diurno que experimentaba, debido a que al estar ocupada en un oficio, no habría cabida (por mientras durara la actividad) para horas de sueño; mas sin embargo, le volvimos a recalcar la importancia de reposar.

Nos hace la observación de que pensaba que quedaban pocos minutos para terminar la sesión del día, pero que quería dialogar acerca de algo que habíamos hablado la sesión anterior. Nos manifiesta que nuevamente había soñado con su primer esposo y que el contenido era parecido a los experimentados anteriormente: lo vio joven y con buena salud, pero con la diferencia de que a su alrededor había muchas flores. Estaba como en un jardín parecido a la descripción del paraíso de la Biblia. Éste le decía adiós con la mano derecha y que en ese momento despertó asustada. Señaló que no comprendía la razón por

lo que continuaba soñando con él, si hace años había muerto y casi ni pensaba en él; pero que después de tanto pensar, llegó a la conclusión de que "él se estaba despidiendo porque ella nunca tuvo la oportunidad de hacerlo". Recuerda cuando él la abandonó y después no supo de él hasta que falleció. Agrega que la verdad es que ha estado mucho tiempo triste por un hombre que realmente no significó tanto en su vida, como lo había sido el difunto. Le indicamos que el sueño igualmente podría estar recordándole que en su vida pueden estar presentes o ausentes personas que fueron de su estimación y que aún ella recuerda, aunque sea en el ámbito inconsciente, lo cual se reflejó a través del sueño. También le indicamos que podría estar reflejando su deseo de partir... En estos momentos nos interrumpe para señalarnos que hace semanas atrás, la tristeza (que ahora tiene pero en menor intensidad) le hizo pensar en la posibilidad de morir (aunque reconoce que siempre ésta está presente), pero que era católica y pensaba que era un pecado atentar contra la vida; además que había experimentado el apoyo de personas a su alrededor que se esforzaban por ayudarla, las cuales hicieron que se sintiera útil y le manifestaron lo importante que era ella en sus vidas, a pesar de que no le unía ningún vínculo familiar: una de las auxiliares le dijo que iba especialmente a despertarla en las mañanas para saber cómo había amanecido.

Agrega que recordó y analizó el daño que podría hacerse a su salud, sobre todo por la cantidad de enfermedades que posee. Añade la expresión: "¡que tonta, no!; pensé que al evitar las comidas que creía que me hacían daño, por lo de la diabetes y la hipertensión, iba a lograr vivir más; y lo que estaba haciendo era deshidratándome o algo así me dijo el médico... Con razón me sentía tan débil". Le volvimos a indicar que era importante seguir lo establecido en la dieta por lo beneficioso que sería para el cuidado de su salud, pero que

recordara que ésta debería hacerse sin llegar a los extremos de dejar de alimentarse, porque la estabilidad de su cuerpo dependía mucho de ello.

Dimos por terminada la sesión y le indicamos que la esperábamos en la próxima cita. Nos recordó que hablara con la enfermera acerca de su labor en la cocina.

Llega a la tercera sesión deambulando por sí sola, con ayuda de su bastón. Se observa un reflejo que muestra un mejoramiento de su estado de ánimo comparado con las sesiones anteriores. Nos saluda con una actitud positiva y toma rápidamente asiento (su deambulación ya no es tan lenta)

Al preguntarle cómo se ha sentido desde la última vez que nos habíamos visto, nos señala que su estado de salud ha mejorado, inclusive, el sueño era más satisfactorio.

Nos comparte que la convencieron para que participara en el curso de adornos navideños. Agrega que además de aprender, con ello, ha recordado los gratos momentos que pasó en familia, cuando arreglaba su casa. Nos informa que al inicio se sintió un poco triste y que estuvo a punto de desistir de seguir participando en el curso, pero que la profesora le había hablado y que la convenció para que participara. Agrega que cree que terminó por convencerla cuando le dijo que la ayudaría a decorar la residencia así como lo hacía antes en su casa. Con acento de extrañeza exclamó: "Y usted cree que ¡dejó que yo cambiara todo!...Mire lo que hacen aquí por una, para que nos sintamos mejor...". Le dije que nos alegrábamos por ella y la felicitamos ya que le veíamos mucho entusiasmo. Nos contestó que los jueves eran los días de taller y que era el único día en que no se dedicaba a la cocina. En estos momentos, agradece que la hubieran incorporado al personal de cocina, ya que se sentía muy bien debido a que le consultaban acerca de qué legumbres eran mejores e incluso (señala con orgullo), había acompañado a la jefa de la cocina a

comprar y escoger los alimentos. Agrega que "ahora sí la entienden" y que "le han hecho caso a sus ideas, sobre todo, de sus medicinas".

Había algo cierto y era que al incorporarla a actividades que la hicieron sentirse útil, invirtiendo de esta manera, su tiempo libre, iban disminuyendo las razones de tener sentimientos de desesperanza, se relacionaba con el personal y los residentes del lugar, ya que el trabajo en sí, ameritaba este tipo de intercambio. El percibir que otras personas se interesaban en ella, elevó su autoestima y su deseo de interactuar con otras personas; pero sobre todo, su deseo de vida, el cual contrarrestaba al sentimiento anterior de "estar muerta en vida".

Su participación en actividades nos ayudó a restablecer el equilibrio emocional necesario para que la paciente realizara el insight acerca de las manifestaciones de la conducta parasuicida que presentaba, orientada básicamente hacia el cuidado de la salud física, la interacción con el personal y habitantes de la residencia y el empleo del tiempo libre en actividades que realizaba en épocas anteriores de su vida, las cuales había considerado perdidas y hoy constituyen el renacer de una nueva vida.

Con respecto a su última pareja, nos dice que se ha resignado "totalmente" a que no volverá más y por lo tanto, a no esperarlo; además de que en su vida actual, tenía "cosas" en qué invertir su tiempo y que había analizado la situación y había deducido que si continuaba pensando en ello, se haría más daño de lo que ya se había hecho, por lo que prefería invertir su tiempo en los quehaceres de la residencia. Nos enfatiza que las fiestas navideñas estaban próximas y que todos estaban contentos porque juntos estaban arreglando con adornos la residencia, lo cual hacía gratificante su estadía en ella.

Indicamos la terminación del tiempo de la sesión y le recordamos que nos quedaban dos sesiones más y la de seguimiento, un mes después.

A su cuarta sesión, muestra una actitud más optimista acerca de su vida. Nos menciona que había soñado otra vez con su esposo difunto y que lo que le parecía aún extraño era que el contenido seguía siendo el mismo, sólo con algunas variantes. En esta ocasión, continúa el hombre en "el paraíso" y le dice que la estaba esperando y le hizo gestos con la mano, indicándole que lo siguiera (esta vez ella participa en el sueño). Señala que le contestó que no podía hacerlo porque todavía tenía muchas cosas que hacer y por arreglar; entonces el difunto le dice que ella misma lo había solicitado y que por ello la venía a buscar, ante lo cual ella le contestó que era cierto, que cuando lo hizo se sentía muy triste, pero que ahora tenía cosas pendientes que hacer; entonces ella le dio la espalda y en esos momentos despertó, pero que esta vez no estaba asustada. Al preguntarle qué pensaba del sueño, nos contesta con un tono de voz un poco triste de que no se había imaginado que ella hubiese deseado morir o "irse". Nos aclara que sabe que todos debemos morir en algún momento de nuestra vida, pero que esto no lo debe decidir ella, sino la naturaleza, o porque "Dios así lo quiere", y que a través del sueño se dio cuenta de lo que realmente quiere: compartir, ver la fiesta de Navidad, el verano porque vienen los paseos, etc.

Nos dialoga acerca de que había aprendido que a su edad a veces se piensa mucho en lo que se ha vivido, pero que era más saludable pensar en el presente; lo importante era recordar los aspectos positivos de aquellas cosas que había perdido y lo bonito que había sido experimentarlos. Añade que muchas personas trataban que su presente estuviera ocupado en muchas cosas que todavía podía hacer con sus manos y su mente. Le indicamos que sus reflexiones eran muy positivas y que por el bienestar de su salud física y

mental, de ahora en adelante, sus acciones podrían orientarse en hacer lo que le haga sentirse bien y cómoda.

La paciente asiente con la cabeza y nos solicita suspendamos la sesión porque necesita ir al cuarto a recoger sus materiales para llevarlos al salón de reuniones (por el tiempo que se demora para deambular), debido a que en pocos minutos comenzaría el curso de adornos navideños. Le indicamos que recordara que la próxima sería la última sesión.

A su quinta sesión asiste con una auxiliar quien la ayudaba con un adorno navideño que había confeccionado, el cual deseaba ofrecérmolo. Al salir del consultorio la auxiliar, nos dice que habían hecho canastas navideñas para ofrecerlas al personal. Señala que era para que "la colocara en la mesa navideña de mi casa y así la pudiera recordar en esta fecha y supiera lo agradecida que estaba por haberla ayudado" Nos indica que la psicóloga del residencial les había hablado sobre la importancia de compartir y que en esas fechas era cuando más, las personas intercambian con los demás. Le agradecemos su gesto y el significado que tenía, enfatizándole que ambas habíamos trabajado durante el tratamiento, pero que igualmente todo el personal también lo había hecho y que todo lo logrado había sido producto de la cooperación de todos.

Le expresamos que teníamos el conocimiento de que habían acontecido cambios en su vida, pero que nos gustaría escuchar su opinión acerca de que si el tratamiento le había ayudado en algo en el alivio de los síntomas que presentaba al inicio de la terapia. Nos contestó que antes de iniciar el tratamiento, en las mañanas no quería ni pararse de la cama, por los profundos dolores que tenía en su cuerpo y porque en las noches no dormía, razón por la que en las mañanas tenía mucho sueño; había perdido el apetito, y si lo tenía, no le gustaba la comida que le servían; no quería asistir al médico porque nada de lo que le

daban le quitaba los dolores, estaba muy triste y "ni siquiera veía lo bonito que era el jardín"; pero que pensaba que le habían dado "chispa" a su vida al estar en la cocina, arreglar la residencia con los adornos que ella misma había confeccionado, al asistir a misa los días viernes y poder "aunque sea pelear" con los compañeros que viven allí. Agrega que "ya no era un estorbo" debido a que se sentía útil, por lo que no pasaba tanto tiempo pensando en cosas que le hacían daño. Nos indica que sus dolores siguen, pero que antes se desesperaba; ahora los siente, pero que como tiene tantas cosas que hacer, los ignora (sonríe): "total, tendré que vivir con ellos el resto de mi vida".

Nos enfatiza que se había dado cuenta de que en las sesiones anteriores no nos había hablado de su hija. Menciona que ésta la visita cada quince días y que le ha contado las cosas que hace en la residencia, ante lo cual ha visto su satisfacción. A medida que ha pasado el tiempo, nos señala que sabe que ésta vendrá y la espera, pero con la diferencia de que ya no es con la ansiedad de antes. Ahora reconoce que ella también tiene sus ocupaciones y que a veces no puede visitarla; sin embargo señala que de todas maneras le reclama si durante el mes no ha recibido noticias de ella "porque tampoco le va a quitar sus responsabilidades que tiene como hija (de ir a visitarla)".

Realizamos una explicación sobre los efectos que podría ocasionar la separación producto de la terminación del tratamiento, pero que recordara que dentro de un mes tendríamos la sesión de seguimiento. Afirmamos nuestra confianza de que podría enfrentar las situaciones que se le presentaran; sin embargo, mostramos nuestra disposición a apoyarle si en tal ocurriera un suceso que requiriera de nuestra atención durante el mes que no nos viéramos.

Finalmente le recordamos las sugerencias en cuanto al cuidado de su salud y que su permanencia en actividades la mantendrán ocupada y emplearía su tiempo libre.

Nos despedimos con un apretón de manos, reiterándonos (la paciente) las gracias por haberla tomado en cuenta para la psicoterapia.

SESION DE SEGUIMIENTO:

A la sesión de seguimiento acude saludándonos y ubicándose en la silla del consultorio. Inmediatamente nos indica que había estado contando los días que faltaban para la sesión de seguimiento. Nos relata que en la última sesión había tenido mucho miedo pero que no lo mencionó debido a que pensó que la regañaríamos porque pensaba que sola no iba a poder seguir en las actividades que realizaba. Manifiesta que se había acostumbrado a planificar su vida en función de que los martes podría dialogar acerca de lo acontecido durante la semana. Indica que había encontrado una amiga con quien compartir sus problemas y que juntas tratan de buscarle solución a los mismos, o por lo menos, tiene con quien dialogar.

Nos informa que le había servido de mucho la explicación brindada de lo que iba a sentir cuando terminaran las sesiones. Agrega que cuando sentía ese miedo, recordaba nuestras palabras y su amiga le daba ánimos para seguir adelante, ya que no desea “caer en la tristeza de antes”. Indica que cada vez que visitábamos la residencia, nos veía, pero que se decía a sí misma: “tengo que aprender”... “la psicóloga confía en mí”; y de esta manera, se dio fuerzas y superó el miedo y pudo continuar con sus actividades.

Le preguntamos a qué se dedicaba durante las horas en que estaba despierta. Nos informa que dependía del día de la semana porque ahora se han incorporado otras actividades en el residencial, por lo que cada quien decide en cuál participará. Señala que

hay días que está en la cocina, o en el salón de reuniones; en otros, participa de paseos, va a misa, o conversa con sus compañeras.

Nos informa que se retira ya que probablemente hay otros compañeros que igualmente desean hablar y que me estaban esperando; le indicamos que todavía le quedaba tiempo, pero nos contesta que lo sabía y que nos agradecía en lo que le habíamos ayudado pero que había aprendido a compartir y que a lo mejor otros compañeros necesitarían de ese tiempo. Se acercó, juntando sus manos con la nuestras, reiterando su agradecimiento. Le reiteramos las gracias por haber participado de nuestra investigación y por permitirnos acercarnos a su vida y poder dar nuestro granito de arena, para ayudarle.

2.3.5. Historia Clínica # 5

DATOS GENERALES:

Nombre:	Señora Nidia
Fecha de Nacimiento:	Abril de 1925.
Lugar de Nacimiento:	Darién.
Edad:	74 años.
Estado Civil:	Casada.
Escolaridad:	Ninguna.
Religión:	Evangélica.
Dirección actual:	Residencia "Los Años Dorados"/Pacora.

SÍNTOMA PRINCIPAL:

La señora Nidia acude a consulta psicológica referida por la enfermera del residencial donde vive, debido a que en las últimas semanas ha presentado cambios de índice emocional tales como:

- Se niega a probar alimento alguno, aludiendo que ha perdido el apetito. En ocasiones pide autorización para comer, y una vez ante el plato de comida, lo rechaza, o si lo prueba, se provoca vómitos.
- A menudo se le escucha decir: "Estoy castigada", "¿Por qué me han castigado?" En otros momentos expresa: "No fue culpa mía... yo no lo enfermé (al esposo)". En varias ocasiones se le ha escuchado decir "Estoy condenada".
- Solicita autorización para comer o salir: "¿Tengo derecho a comer?" (le pregunta a las enfermeras); ¿Puedo salir?"; sin embargo, cuando se le ayuda a salir del dormitorio, se niega porque "está castigada".
- Se quita la ropa limpia que le suministran las asistentes (después de bañarse), para ponerse el traje sucio del día anterior.
- Se le observa constantemente triste y no interactúa con los compañeros de la residencia (habla poco con ellos).
- Se "queja" diariamente de dolores en las piernas. Expresa experimentar la sensación de que "las piernas se le pegan" y que cuando esto ocurre no puede caminar por sí sola.
- Parece que cuando no puede caminar por dolores en las piernas, y sufre por ello, su estado psíquico se eleva ("recibe su castigo").

- Se "queja" de que no puede dormir en las noches, en tanto que en el día tiene mucho sueño.
- Sensación de vértigo, razón por la que permanece la mayor parte del día en cama.
- Señala que cuando llegó a la residencia estaba "como muerta".
- Llanto impotente.
- Expresión de horror ante la perspectiva de soledad.
- Petición de comprensión y apoyo a través de manifestaciones de conductas simbólicas (parasuicidio).
- Sensación de "humillación", ante la posibilidad de expresión de sus sentimientos.
- Temor de ser expuesta a críticas y desprecio (culpabilidad por condición del esposo).
- Presenta problemas constantes de elevada presión arterial y de asma.

HISTORIA DEL SÍNTOMA PRINCIPAL:

A raíz de la hospitalización de su esposo, la señora Nidia ha manifestado conductas de ansiedad y depresión. Existe en ella el temor de la pérdida física del señor G.C., quien ha sido su compañero durante toda su vida. Insiste en temer que muera su compañero y que por ello, no se vuelvan a ver más.

Aunado a los signos y síntomas presentados, se agregan manifestaciones físicas que han complicado el estado de salud de la paciente. No se alimenta, y si prueba bocado alguno, a los minutos se provoca vómito. Ha llegado al grado de permanecer horas en la cama, sin que sea posible que el personal auxiliar logre que se levante y deambule por el área residencial. Insiste en que "tiene las rodillas pegadas", y esto no le permite caminar.

En vista de la condición depresiva que presenta, el médico de la residencia le receta medicamentos antidepresivos para iniciar de esta manera, la psicoterapia breve.

SÍNTOMAS SECUNDARIOS

Además de lo mencionado, la señora Nidia presenta constantes problemas con el asma y la presión arterial (se le eleva). Actualmente recibe control médico.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

La señora Nidia es la mayor de dos hermanas. Asegura que nunca asistió al colegio, por lo que no sabe leer ni escribir.

A los diecisiete años conoce al señor G.C., con el cual se casa cuando ella tenía veinticuatro. Se refiere a él en términos de que "es un hijo más para mí".

En la actualidad tiene cincuenta años de estar casada con su compañero de toda la vida. Afirma que junto a él crió a tres niños, pero que éstos los "botaron por viejos" y se fueron con sus padres biológicos, dejándolos solos.

Vivían en un área marginada de la ciudad capital, pero se mudaron por las crecientes del río. Señala que el gobierno le dio una casa, la vendieron y se fueron a vivir a casa de su hermana en San Miguelito. De allí, posteriormente, se mudaron para las áreas de Tocumen.

Su vida productiva la dedicó a la venta de frituras. Este trabajo lo realizaba en una escuela de la metrópoli.

Recuerda haber sido hospitalizada en tres ocasiones: la primera vez, por una fractura de una pierna, la otra por extracción de un fibroma y la última, cuando le dio el "derrame". Recuerda que cuando éste último se produjo, su esposo la cuidó hasta su rehabilitación, por lo que ahora se siente culpable porque él le proporcionó muchos cuidados cuando quedó

prácticamente inmóvil, sin poder hablar ni caminar; y ahora que él estaba enfermo, ella no podía corresponderle.

En la actualidad padece de "ataques de tos", que según ella, son más severos en las noches.

Posteriormente su esposo es atropellado, quedando gravemente herido. Ella lo cuidó durante todo el tiempo que estuvo enfermo; sin embargo, la paciente poco valora la atención que ha brindado.

En Tocumen, vivían bajo una condición económica precaria, pudiendo subsistir, gracias al apoyo y generosidad de la comunidad y una hermana, quien ocasionalmente la ayudaba. Esta es la hermana que vive en San Miguelito. Debido a su avanzada edad y al hecho de carecer de ingresos en concepto de pensión o jubilación, estas donaciones se convertían en su único ingreso.

Recuerda que algunas trabajadoras sociales fueron a visitarlos a petición de la comunidad para que ingresara a la residencia; sin embargo, sólo había un cupo (en el residencial), razón por la que se negó porque no iba a dejar solo a su esposo, ni tampoco ella se iba a quedar sola. Posteriormente regresaron y ambos son trasladados a la residencia. Actualmente viven allí, pero en áreas separadas.

EXAMEN MENTAL

Durante la entrevista inicial, debido a la condición de salud de la paciente, tuvimos que acudir al dormitorio donde se encontraba. Era evidente la sintomatología depresiva que presentaba: bajo tono muscular, decaimiento, sensación de desamparo, de necesidad de apoyo, de pérdida de confianza, entre otras.

Su arreglo personal fue adecuado, pero se debió en gran parte a que las auxiliares la vistieron para que pudiéramos atenderla; sin embargo, la paciente mostró disconformidad con su vestimenta, ya que deseaba estar vestida con la ropa que tenía puesta el día anterior.

Inicialmente, su actitud fue defensiva, pero posteriormente, se mostó cooperadora y amistosa. Se hizo intentos para que cambiara su posición en la cama (acostada) por otra que indicara movimiento corporal (deambular); sin embargo, sólo se logró que optara por sentarse con ayuda, por lo que no se pueden realizar observaciones con respecto a su marcha. Se niega a moverse de la cama, expresando sentimientos de "estar castigada" y "no tener derecho a ello".

Muestra frustración e impotencia por su dificultad para poder deambular (nos enseña el bastón con que se desplazaba), ya que ha perdido el equilibrio para movilizarse.

No obstante, su pensamiento es fluido. Reflejó la ansiedad o preocupación ante la posibilidad de muerte de su esposo, e inclusive, la propia muerte.

No se evidencian signos mentales que limiten o impidan su desempeño como residente, o como parte de un proceso psicoterapéutico breve.

Su lenguaje muestra contenidos religiosos de tipo evangélico.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

En el momento de la aplicación de la prueba de Apercepción para Edades Avanzadas, la señora Nidia manifiesta su dificultad para adaptarse al residencial, producto de la separación de su pareja con la cual ha establecido una relación de apego desde hace 50 años. La separación, según lo manifiesta a través de sus proyecciones, ha provocado una inestabilidad en el ámbito emocional, ya que la fuente de sus energías y seguridad están establecidas en la figura del cónyuge. Esta situación ha causado un aislamiento y apatía

social hacia toda actividad que realiza la institución, cuya base la encontramos en los sentimientos de culpabilidad por no brindar los cuidados y atenciones, que según ella, no ha podido proporcionar lo suficientemente a su esposo. Como una forma de castigo, prefiere la soledad; reforzada por la percepción de que debe ser castigada.

También se observa un poco de ansiedad ante la espera de que en cualquier instante reciba noticias desagradables referentes al estado de salud del señor G. Esta situación refuerza el hecho de que pueda existir un poco de ansiedad ante la propia muerte, la cual experimenta a través de la muerte de otros.

Otro hecho también lo ha constituido la experiencia de situaciones que son interpretadas en el ámbito psicológico como pérdidas cuyos duelos no han sido elaborados; nos estamos refiriendo a logros alcanzados como lo era el tener un lugar donde vivir que fuera de su propiedad, el trabajo, la familia, amistades, bienes, el control de su propio cuerpo. Todas estas situaciones han dejado de llevarse a cabo en su vida, desde el momento en que es internada en la residencia.

El elemento más relevante lo constituyeron las ideas suicidas y las manifestaciones de conductas parasuicidas, aunque un poco solapadas. El simbolismo utilizado por la señora Nidia, nos reflejaba que el vivenciar la posibilidad de muerte a través de la enfermedad de su esposo, también la exponía, bien a la soledad o bien a la propia muerte y estas sensaciones no eliminaban su miedo a cómo iba a morir, es por ello que en el ámbito inconsciente, quizás había decidido terminar con ella antes que la muerte le alcanzara. Había decidido morir en lugar de vivir; pero una muerte lenta, una especie de conducta parasuicida.

FORMULACIÓN PSICODINÁMICA Y ESTRUCTURAL:

Al ser su esposo hospitalizado, la paciente se ve invadida por una intensa angustia. Se observan signos de bajo tono muscular y alteraciones somáticas, anunciando un deslizamiento hacia la muerte: ascenso de presión arterial, hemoglobina, colesterol, ácido úrico y bilirrubina (datos brindados por el médico). Al tener conocimiento del estado de salud de su esposo, se logra estabilizar el estado físico de la paciente.

Esta condición llamada por muchos profesionales "síndrome del desmoronamiento", es reconocida por la caída traumática de los instintos de vida.

En estos casos, apunta Pierre Marty (en Péchuron y Thomé-Renault, 1992), cuando la muerte acontece como desmoronamiento de los instintos de vida, no se la puede imputar al deseo de morir sino a la "desvitalización por progresión destructiva". Enfatiza que sólo existiría riesgo suicida si hubiera resurgimiento de las pulsiones de muerte por obra de una reorganización mental inductora de una reorganización somática.

La separación de su esposo provocó en la paciente este síndrome de desmoronamiento y bastó con que restableciera el contacto con él para que se produjera una reactivación evolutiva.

Su esposo ha sido durante toda su vida la base de "su existir". Su apego era extremadamente "ansioso", del cual dependía su autoestima y la identidad de rol de la paciente; es decir, se manifestaba en función de la presencia de su pareja. No poseía otra figura de vinculación (aparte del esposo) que le permitiera transferir algunos de sus lazos afectivos. No encontraba a nadie que mitigara su pena.

Se autorreprocha y se autocastiga por haber fallado en su papel de esposa o por haber permitido que el marido enfermase. La pena que sufre parece contener un elemento de

autocastigo, como si el duelo perpetuo se hubiese convertido en un deber sagrado con respecto al esposo y mediante el cual la paciente pudiese pagar su culpa.

Con una libido agotada, es más susceptible a ser desbordada por el exceso de excitaciones no ligadas, quejándose de su emotividad, volviéndose hiper-reactiva a los azares de la vida; y, de esta manera, la menor perturbación de su medio puede producir en ella un efecto traumático y provocar un síndrome confusional o una desorganización somática, la cual podría ser mortal por las consecuencias en su estado de salud.

La libido sin objeto permanece flotante, existiendo la posibilidad de provocar una angustia difusa somática o estancarse en un órgano o parte del cuerpo alterada por el envejecimiento.

Su discurso se concentra en el castigo bajo el cual subyace la culpabilidad, la cual es corroborada por la autoacusación. Es evidente que su superyó está causando estragos en el yo con despiadada violencia ("Estoy condenada"); por lo que tratará de recuperar el objeto perdido, culpándose, efectuando autoacusaciones y sintiendo la necesidad de ser castigada: "¿Estoy castigada?", "¿Puedo salir?", "¿Tengo derecho a comer?". En esta última expresión (como debe ser castigada), se observa que una vez tiene el plato de comida al frente de sí, lo rechaza puesto que considera no haberse "ganado" la alimentación mientras su esposo se encuentre hospitalizado sin recibir las atenciones y cuidados de ella.

Predominan en este cuadro componentes masoquistas: se eleva la condición de salud, cuando experimenta sufrimiento físico. Los tormentos a que se somete no tienen otro fin, sino expurgar la culpabilidad que le procura cierto placer masoquista.

Existe mucho miedo y es que la posibilidad de perder el objeto amado es como perderse a sí misma.

La paciente tiene la impresión de que su cuerpo ha traicionado el pacto de unidad con su yo y la ha abandonado: "mis piernas están pegadas y no me obedecen". Se da cuenta de que los límites entre el campo fisiológico y el espiritual son definibles solamente en teoría; por tanto, cada vez que es disminuido su cuerpo, lugar donde se concreta su "estar en el mundo", se disminuye también su subjetividad como modo de "estar en el mundo".

Tratando de perseguir "la paz y tranquilidad" se protege a través de una conducta aislada, negándose a interactuar con el mundo exterior, actitud en la que se reconoce el predominio de la pulsión de muerte sobre Eros. Su mundo depresivo es inmóvil; percibe su tiempo como coagulado (detenido, estacionado); nada en lo actual logra intercalarse en los parámetros de la vida, por lo que no hay temor a la muerte (al contrario, se suplica su presencia inconscientemente), ya que ésta (la vida) ha sido apresada, manifestándose a través de conductas parasuicidas, dejándose embaucar por el dominio de Tánatos.

DIAGNÓSTICO PROVISIONAL:

EJE I: F 32.2 Trastorno depresivo mayor, episodio único [296.22]

grave, sin síntomas psicóticos, con síntomas catatónicos.

EJE II: Z 03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

Rasgos de Personalidad Masoquista.

EJE III: Asma.

Hipertensión.

EJE IV: Problemas relativos a la red de apoyo social: Temor a la pérdida de su pareja.

EJE V: EEAG: 41.

DESCRIPCIÓN DE LA PRIMERA SESIÓN:

La paciente fue referida por el médico de la residencia y la jefa de enfermería, debido a que sospechaban que parte de las manifestaciones de salud que presentaba la señora Nidia, eran por causa emocional. Nos indicaron la sintomatología que habían observado y aseguraron que los mismos se iniciaron a raíz de la hospitalización del esposo.

Con esta información, acudimos a la sección de mujeres del residencial, acompañada de la enfermera y una auxiliar, las cuales me indicaron la cama donde se encontraba la paciente. Al entrar en la habitación, nos percatamos que la señora Nidia se encontraba acostada en su cama con la mirada hacia el techo, pero en posición fetal. Nos acercamos y la enfermera le indicó que yo era psicóloga y había asistido a la residencia "especialmente para ayudarla". Al escuchar esta frase, nos mira fijamente y hace esfuerzos por levantar el brazo derecho, logrando extenderlo hacia donde estaba ubicada; razón por la que le respondimos estrechando sus manos en señal de apoyo. Habíamos percibido en su lenguaje corporal, una solicitud de sostén.

Inmediatamente, nos señala que estaba muy enferma y su esposo estaba hospitalizado. Enfatiza su preocupación por la salud de éste, sobre todo porque tenía mucho tiempo de no saber de él. Con frustración, hace igualmente hincapié, en su estado de salud que le impide desplazarse para atenderlo, explicando cómo anteriormente deambulaba con ayuda del bastón que tiene a un lado de la cama y que ahora ni siquiera puede mantener el equilibrio.

Nos solicita ayuda y añade que la única forma de que estuviera tranquila era que pudiera llevarla al hospital donde se encontraba su esposo. En este momento solicité que nos dejaran a solas en la habitación.

Una vez logrado el ambiente de confianza, respeto e intimidad, le preguntamos qué le pasaba a su esposo. Nos afirmó, con voz tenue, haciendo mucho esfuerzo para hablar, que él estaba hospitalizado porque había sufrido "un derrame" y que "nadie le hacía caso" cuando solicitaba que la llevaran al lado de su esposo. Agrega que a veces pensaba que la negativa era porque él estaba muerto (sólo le decían que estaba en el hospital).

Las palabras de la señora Nidia me indicaron que ella había perdido la confianza en las personas que le rodeaban y no creía en sus palabras. Había algo evidente: si quería establecer un buen rapport con ella y obtener resultados a corto plazo, había que iniciar fortaleciendo la confianza en nosotros como persona y terapeuta. Fue entonces cuando le señalé que estábamos para ayudarle; y para ello, íbamos a hacer una alianza. Le enfatizamos que uno de los compromisos de la alianza era la confidencialidad de lo que dialogáramos; además de que hablaríamos siempre con la verdad de los hechos. Le mencionamos que si existía una situación difícil, trataríamos entre todos, manejar la situación de manera tal que fuese lo menos desagradable posible; además de que toda decisión se haría en función de su bienestar. Aunque la paciente, en su intento por manejar la situación, había perdido la confianza en el personal, era importante incorporar a éstos en el compromiso de la alianza, ya que poco a poco trataríamos de restablecer la relación de éstos con la paciente. Era importante lograr eliminar su negativa a obedecer las indicaciones brindadas por el personal de salud.

En primera instancia le indicamos que su pareja no había muerto y las condiciones actuales de salud que presentaba, incluyendo lo delicado que se encontraba. Enfatizamos en el hecho de que un personal calificado y profesional, se encargaba de su atención diaria, por lo que, por esa parte, debería estar tranquila. Compartimos nuestro pensamiento de

que era muy importante que ella cuidara de su salud, ya que cuando el señor G. regresara, necesitaría de sus atenciones así como ella lo deseaba y para ello debería estar mejor de salud. Al señalar esto, observamos un cambio en su rostro, estrechando sus manos con las nuestras, diciéndonos que no sabíamos el alivio que le habíamos dado. Agrega que anteriormente le habían mencionado lo mismo pero que con tantas evasivas, pensaba que era falso. Refiere que le habíamos prometido que hablaríamos sólo la verdad de los hechos y por lo tanto, "algo" le decía que lo mencionado era cierto. Seguidamente indica que de todas maneras no podía trasladarse a atender a su esposo, añadiendo las condiciones en que se encuentra su salud. Entonces comienza a expresar una serie de males que le aquejan tales como las dificultades para dormir, los problemas de hipertensión, de la sangre, los ataques de tos principalmente en las noches, de la debilidad corporal que siente, entre otras.

Era importante establecer el primer contacto y puntualizar acerca del apoyo que tendría del personal, puesto que así poco a poco se iría restaurando la confianza perdida.

Entonces la invitamos a que optara por una posición más cómoda para conversar (sentada), a lo cual accedió. Nos hizo la aclaración de que no hiciera como algunas auxiliares que trataban de obligarla a salir, ya que "estaba castigada" y que todavía no tenía "derecho" a ello. Al preguntarle las razones de tal aseveración, nos indicó que ella no había cuidado de su esposo y por eso Dios la había castigado con enfermedades. Nos añade que debía estar en cama, hasta que terminara su "castigo". Le hicimos la observación que en nuestras conversaciones no se le obligaría a hacer algo para lo cual no estuviera preparada.

Volvimos al tema y le solicitamos que nos hablara de su esposo. Nos dijo que cincuenta años atrás, se había casado con él, siendo su pareja de toda una vida. Nos relata

cómo había enfermado, quedando con una parálisis (producto de un "derrame") y cómo su esposo la cuidó hasta que se recuperó; sin embargo, "la historia se volvía a repetir", pero esta vez con él, ante lo cual ella no podía devolverle las atenciones que tuvo con ella cuando enfermó. Es por esto, afirma, que pensaba que "Dios la había castigado mandándole tantas enfermedades". Sentía que cuando ella volviera a verlo, cesaría su castigo.

Nos solicita que la ayudemos a que "su carga sea menos pesada" y pueda, por lo menos, levantarse de la cama. Nos explica que por las mañanas intenta hacerlo, pero que "las piernas se le pegan y no le obedecen", y por más que lo intenta, no logra establecer el equilibrio ni siquiera con la ayuda de las auxiliares. Piensa que esto le indica que "todavía sigue su castigo, y no tiene derecho a salir".

Era importante que la paciente iniciara el *insight* acerca de las interpretaciones que hacía de la realidad. Al terminar de escucharle, le hacemos la observación de que, si bien es cierto que su esposo la cuidó cuando estuvo enferma, también lo hizo como parte del cariño y amor que éste le tenía. Le recordamos que cuando amamos a una persona que es significativa en nuestra vida, desinteresadamente acudimos a ella cuando requiere de ayuda, y que ésta la ofrecemos, siempre y cuando tengamos los recursos para hacerlo. Igualmente expresamos nuestra opinión de que eran distintas las épocas en que pasaron dichos acontecimientos y que muy probablemente el señor G. estaba en buenas condiciones de salud, lo que le permitió cuidarla (la paciente, asiente con la cabeza) Por otro lado, en éstos momentos ella estaba enferma, y que probablemente no eran parte de ningún hecho sino a problemas en su salud y no como parte de "un castigo divino". Le señalamos que si seguía las indicaciones del médico con respecto a su salud, muy pronto se percataría acerca de su

mejoría y de la posibilidad de que pudiera desplazarse y que lo más probable era que al inicio, tendría dificultades, pero que poco a poco, la misma iría mejorando.

Le informamos que debido a la condición de salud de su esposo y de ella, lo más probable era que ni él pudiera venir al residencial, ni ella ir al hospital; pero que en la medida que ambos cuidaran de ella, habría más probabilidad de que se recuperara pronto.

Indicamos nuestro interés en el mejoramiento del estado de salud de ambos y, conjuntamente con el personal, le informaríamos cualquier situación que se presentara con respecto a la situación de su esposo.

Con un semblante que expresa la marcada depresión que presentaba la paciente, nos agradece "la conversación" que habíamos mantenido con ella y el deseo de volvernos a ver. Fue entonces cuando le informamos de los servicios que estaríamos brindando en el residencial durante dos meses y las condiciones que la psicoterapia proponía acerca de los procedimientos y la confidencialidad. La paciente accedió a formar parte del estudio. Nos indica que sospechaba que no iba a terminar la psicoterapia, razón por la que nos pidió ayuda en ello.

Reiteramos nuestras palabras acerca de los sentimientos de culpabilidad de la paciente con respecto al cuidado de la salud del esposo y a los pensamientos de "estar castigada".

DESCRIPCIÓN DE LA SEGUNDA A LA SEXTA SESIÓN:

Al igual que la sesión anterior, acudimos a la habitación donde se encontraba. La encontramos acostada, pero esta vez se encontraba erguida, con la mirada hacia el techo. Nos indica que tenía vértigos, los cuales la aterrorizaban y la obligaban a guardar cama. Esto nos está indicando que posiblemente su libido se encuentre desligada, flotando sin

meta. Su esposo, su seguridad, no está con ella y éste representa su objeto al cual ella no puede aferrarse.

En esta ocasión, la enfermera nos relata que se ha logrado que la paciente se siente en la cama por espacio de diez a veinte minutos, pero que una vez que la quieren dejar sola, solicita que la dejen acostada, porque piensa que perderá el equilibrio. De la misma manera informa que todavía tienen problemas con su alimentación, el sueño y sus ideas de "estar castigada".

Inmediatamente nos ve, la señora Nidia suspira fuertemente y nos dice que estaba esperándonos porque todavía "no le habían hecho caso y no ha visto a su esposo". Agrega que está un poco más tranquila porque sabe que está mejorando, pero insiste en que debe ir a cuidarlo. En estos momentos íbamos a hablarle, cuando nos interrumpe diciéndonos: "sí, ya sé que me va a decir que es mejor que me cuide para cuando él regrese; pero, ¿y si no regresa? Le respondimos que tratábamos de entender su angustia, ya que si estuviéramos en su lugar, lo más probable era que experimentáramos la sensación de que teníamos "las manos atadas"; sin embargo, a pesar de lo difícil de la situación, trataría de cuidar de mi salud por el amor que me tengo a mí misma y a mi pareja, ya que me imaginaría que a éste no le gustaría verme en la condición en que me encontraba. Agregamos que es cierto que la posibilidad de muerte está presente, pero que ésta llega un sólo día y que nadie sabe cuál será; por lo tanto, estaba perdiendo días, horas y semanas pensando en algo que sólo durará un instante. Le indicamos que en su lugar, trataría de unir fuerzas y pensar positivamente en su regreso (mencioné que como le habían hablado acerca de su mejoría, existían más probabilidades de que regresara a la residencia) y que entonces tendría la oportunidad de "devolverle" algo de lo que él le proporcionó cuando ella enfermó.

Enfatizamos en la importancia de que tuviera claro que las atenciones recibidas eran parte del cariño y estimación que se tenían como pareja, a raíz de una relación de años, y no como parte de un compromiso, un deber o una obligación por la atención proporcionada. La paciente asiente con la cabeza y nos indica que tenía razón y que no había pensado en ello. Agrega que seguramente faltaban pocos días para que regresara y, ¡ella se estaba desesperando por tonterías! Reiteramos que su preocupación era válida y que no tenía nada de tonto; no obstante, era importante identificar las consecuencias de su actitud y determinar qué beneficios obtendría con descuidar su salud. En estos momentos inclina la cabeza (en señal de pena por su actitud) Le indicamos que su reacción era de esperarse, ante la situación que experimentaba, que no debía sentirse avergonzada y que recordara que es un ser humano, quien siente, piensa y se angustia; reacciones normales en toda persona.

Después de un silencio reflexivo, nos dice que las auxiliares la "fastidian" mucho porque quieren que se bañe todos los días, se alimente a cada rato, tome los medicamentos para dormir; pero que sobre todo, le molesta en las mañanas que quieran levantarla de la cama. Informa que pensaba que ellas no entendían el gran esfuerzo que hacía para levantarse pero que "las piernas (señala con la mano) se le pegaban". Afirma que esto sucedía porque tenía que pedir permiso porque estaba castigada. Aprovechamos la mención del hecho para preguntarle cómo había sido su vida conyugal con el señor G. Sonríe describiendo cómo todos los días a las cuatro de la madrugada se levantaba para prepararle lonche para que fuera a trabajar e inmediatamente se dedicaba a realizar sus quehaceres del hogar. Igualmente, parte del día lo ocupaba en la crianza de tres sobrinos, pero que lamentablemente los dejaron solos una vez adultos. Recuerda entusiastamente cómo

conoció al señor G. e inmediatamente se casaron. Sonríe diciendo que "era bandido" pero, que se mantuvo a su lado, inclusive cuando ella enfermó, describiendo cómo la cuidó hasta que estuvo seguro de su estabilidad de su salud. Le dijimos que nos había mencionado aspectos alegres, tristes y reconfortantes que son experimentados por la mayoría de las personas y que son parte de la vida; por lo tanto, era importante analizar si realmente no había sido al revés de como ella pensaba; ante lo cual nos solicita que nos expliquemos, pues no nos entendía. Le propusimos que también podríamos pensar que durante más de cuarenta años había cuidado de él atendiéndolo a través de los lonches que le preparaba, la ropa que le lavaba y planchaba, el amor dedicado hacia su persona, entre otras; y que cuando ella estuvo enferma, él podría haber pensado que era el momento de retribuirle todos los sacrificios y atenciones que ella había tenido para con él, siendo la persona encargada de su rehabilitación; y si eso era así, entonces, no habría razón para sentirse "castigada", puesto que ella había cumplido con su papel de esposa. Le mencionamos que con esa reflexión la dejábamos, pues la veíamos agotada y le recomendamos que hiciera intentos para levantarse de la cama. Le indicamos que "tenía permiso" para salir del cuarto, comer, hablar con sus compañeros, las auxiliares, las enfermeras, el médico, etc. De la misma forma, enfatizamos en cambiar su rutina de sueño, de manera tal que durmiera menos durante el día, para que pudiera conciliar el sueño nocturno.

Nos despedimos hasta la próxima sesión.

En la tercera sesión, la encontramos sentada cerca del jardín. La saludamos y expresamos nuestra alegría por encontrarla en los exteriores del residencial. La motivamos para que nos visitara al consultorio, por lo que solicitamos ayuda a dos auxiliares, para facilitar su deambulación. Entramos al consultorio y logramos obtener su comodidad en la

silla, retirándose las auxiliares. Una vez a solas, observamos un cambio en el rostro y en el área corporal que nos indicaba un mejoramiento en el estado de ánimo. Al preguntarle cómo había estado desde la última vez que hablamos, nos expresa que nos tenía una buena noticia. Informa que su esposo ya se encontraba en el residencial, en el área de hombres. Nos relata que logró hablar con el médico para que la dejara atenderlo; pero que éste sólo la deja ir en las mañanas y en la tarde "un ratito", porque las auxiliares estaban encargadas de él. Le preguntamos cómo había sido el reencuentro, cuando se vieron después de tanto tiempo. Nos agrega que al verlo, "se le salieron las lágrimas" y se abrazaron. Además, expresa lo siguiente: "Tontos, ¡no!... él pensaba que yo estaba muerta y yo lo mismo de él", porque aunque los demás me lo decían, "no estaba conforme hasta verlo".

Hablamos con respecto a algunos cambios que deberíamos planificar, entre éstos era importante considerar los beneficios de la buena alimentación, mostrando la importancia de tendría en el mejoramiento de su estado de salud. Igualmente se realiza observaciones en cuanto a la rutina del sueño.

La señora Nidia afirma que en cuanto a su alimentación, ha iniciado a consumir en primera instancia, aquellos que contienen líquido, ya que tanto tiempo sin comer le había causado deshidratación y gastritis. Agrega que en esos momentos se encontraba siguiendo una dieta especial que había ordenado el médico del residencial.

Con respecto a la actividad del sueño, indicó que hace esfuerzos para mantenerse despierta durante el día. Señala que a veces tiene que dormir un poco en las tardes, como parte de la siesta que realizan todos los residentes.

Finalmente nos despedimos, recordándole que nos quedaban dos sesiones más para seguir hablando. Además le enfatizamos que continuara con esa motivación que tenía,

pues otra forma de cuidar de su salud, era a través de mantener su estado anímico lo más estable posible.

A la cuarta sesión, llega al consultorio con la ayuda de su bastón. Se le nota un poco agotada. Al sentarse menciona que estaba muy cansada. Al preguntarle por qué se sentía así, nos indicó que ya no tenía la fuerza de antes y que se estaba dedicando al cuidado del señor G. y parecía que estaba afectándole.

Nos relata que había conversado con la psicóloga del residencial quien le aconsejó que tratara de descansar, ya que la veía agotada. Además que la había hecho comprender que ahora más que nunca necesitaba de la ayuda de otras personas y que para ello estaba el personal de enfermería. Enfatiza que finalmente ha aceptado que no puede sola y si lo hace, sólo provocaría caer en el estado de salud en que se encontraba anteriormente.

Hace referencia a los sentimientos de culpabilidad que albergaba en sus pensamientos por no cuidar a su esposo. Nos indica que había reflexionado acerca de su papel como esposa durante los años en que atendió a su pareja, mencionando que teníamos razón cuando le explicamos que también podíamos pensar que cuando ella sufrió de quebrantos de salud, las atenciones de su esposo eran parte de su agradecimiento y amor por todas las atenciones que ella le había proporcionado. Le indicamos que generalmente las diferentes labores que una mujer realiza en el hogar no son vistas como tales, es decir, como un trabajo; que era importante lograr el aprendizaje de que anteriormente ha "aprendido" que era su obligación y no un trabajo que se realiza como parte de los deberes del hogar; y que a través de la reflexión y análisis realizado, había comprendido su función dentro del mismo y que ahora tendría que aprender un nuevo estilo de ver el trabajo que realizó en el hogar y reconocer la importancia que tuvo en la vida del señor G.

Finalmente nos despedimos, indicándole que ya se había acabado el tiempo y que recordara las indicaciones que le habíamos sugerido, como también de que la próxima sesión era la última de un grupo de cinco, sin olvidar la sexta sesión de seguimiento, un mes después de esta última. Hicimos la aclaración acerca de la posibilidad del retorno de la sintomatología producto de la finalización de la psicoterapia. Le explicamos las sus implicaciones y recomendaciones pertinentes al caso, en lo que respecta a la seguridad en sí misma, al apoyo en el personal del residencial y en su esposo. Agregamos que esta condición era de esperarse y que no se sintiera culpable si esto pasaba; que era parte del proceso terapéutico, mostrándole que la mayoría de los pacientes en terapia, experimentan esta situación.

En la quinta sesión, acude al consultorio, igualmente apoyada de su bastón. Muestra satisfacción al indicarnos que se ha incorporado al grupo de taller en donde realizan trabajos de manualidades, referente a adornos alusivos a las fiestas navideñas.

Nos informa que su esposo fue nuevamente hospitalizado (pero esta vez es aislado en la pequeña clínica del residencial) a causa de problemas en la vejiga. Nos informa que le volvieron a reaparecer algunos de los síntomas que surgieron en un inicio del tratamiento, tales como su desmotivación para alimentarse o la tendencia a rechazar la comida a través de náuseas; pero recordó las sugerencias que le dimos la sesión anterior y pensó que era parte del proceso y que lo más probable era que tenía miedo a perder a la psicóloga; sin embargo, reconoció otros aspectos de su vida, especialmente los experimentados junto a su esposo. También recordó que había personas que tenían confianza en ella y que se mostraban seguros de que podría salir adelante. Esta vez existía la diferencia de que

parecía dar comienzo a un trabajo de duelo, al evocar buenos recuerdos de paseos con él y gratos momentos que experimentó durante sus 50 años de matrimonio.

Por otra parte, mostraba una energía y un optimismo que nos sorprendió. Cuando le manifestamos nuestra preocupación por la fatiga que representa su largo trabajo cotidiano en la atención a su esposo, protesta diciendo sonrientemente: "Pero si no estoy cansada... Usted me puso de nuevo en pie y ahora duermo mejor, ya no tengo miedo de que G. muera ni de dormir, ni de morir... Sólo le pido al poderoso que no me haga sufrir... Soy feliz así, no se preocupe".

Nos comparte las emociones que ha experimentado con su pareja, el bienestar experimentado junto a él con su agradable forma de ser y lo que sintió después que su esposo fue hospitalizado, sobre todo, la idea de perderlo, lo cual le sorprendió bruscamente; también detalló el alivio sentido ante su mejoría. Al decir esto, su rostro se iluminó, sus gestos cobraron vida: parecía haber recuperado una auténtica alegría de vivir.

Nos despedimos indicándole que nos veríamos dentro de un mes y que recordara nuestras indicaciones acerca del cuidado de su salud a través de la buena alimentación, el mantenimiento del descanso diario a través de siestas cortas durante el día y sueño nocturno lo más completo posible, su incorporación a actividades que sean de su placer, tal como lo constituye su participación en los talleres. No olvidamos indicarle que la atención que le brindaba al señor G. era importante, siempre y cuando también ella descansara.

Mostramos nuestra confianza en ella para enfrentar situaciones, pero si en tal caso ocurriese algo que mereciera nuestra atención, estaríamos a su disposición, para ayudarle en lo que pudiéramos.

SESION DE SEGUIMIENTO:

Acude con un cambio significativo. Continuaba desplazándose con la ayuda de un bastón; no obstante, la agilidad que proyectaba al deambular, su motivación hacia su participación en las actividades que realiza diariamente, eran índice de un cambio de actitud ante la vida.

Hasta su rostro mostraba que era una persona diferente, con capacidad de expresarse y comunicar lo que piensa y siente.

Cuando la conocimos, se desinteresaba por completo de sí misma y de los demás. Las enfermeras y auxiliares a su cargo, indican que ha empezado a arreglarse, cuida de su peinado, se viste con los atuendos que más le gustan y cuida de su aseo y presencia, se preocupa por mantener adornada su apariencia personal con accesorios en el cabello y prendas de vestir. Algo parecía muy obvio: el recuerdo del placer vivido con su esposo y la familia, había despertado en la señora Nidia, el deseo de volver a vivir y motivarse hacia la participación de actividades cotidianas con sus compañeros residentes. Ello favoreció las interacciones con los mismos, determinando, de esta manera, los beneficios de convivir con personas de su propia edad. Había experimentado durante su vida, sucesos al lado de su esposo, y al encontrarse sin su apoyo, siendo éste una figura de apego para ella, se sintió abandonada y las esperanzas de vida iban deteriorándose, y de esta manera, Tanatos estaba triunfando sobre Eros. La psicoterapia fue parte del trabajo conjunto con un equipo de trabajo que luchó por lograr la estabilidad del nivel emocional de la paciente. Una vez logrado esto, se ubicó la figura de apego en las diferentes personas que laboraban en el residencial, mostrándole disposición hacia el mejoramiento de su condición de "desmoronamiento".

3. ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

Iniciamos nuestra investigación estableciendo los criterios éticos, siendo el eje de los mismos, el logro que el adulto mayor aceptara tanto participar de la muestra del estudio, como la divulgación de los resultados obtenidos. De igual forma, también correspondió a la demostración de la sensibilidad y comprensión hacia la conducta de los adultos mayores, razón por la que participaron del estudio, solo aquéllas personas que estuvieron dispuestas a cooperar. Cuando tales condiciones se cumplieron, la mayoría de los sujetos dialogó en forma activa, mostrando su agradecimiento por brindarles la oportunidad de expresar su pena a una persona comprensiva: la terapeuta, en este caso.

Ante la manifestación de la conducta eje del estudio, nos hacíamos varias interrogantes, entre las cuales cabe mencionar: ¿quién era esa persona antes de intentar contra su vida?, ¿quién era ahora?, ...si era alta su letalidad?, ¿qué decía el (la) paciente (y cómo)?, ¿qué parte "sana" tenía?, ¿de qué o de quién se podía "sujetar" (recursos) para vivir además de la terapeuta?, ¿qué más se podía hacer por el adulto mayor?. A raíz de estas interrogantes (además de las planteadas en el estudio), se iniciaron las entrevistas, con el fin de encontrar respuesta a las mismas.

La muestra del estudio fue homogénea en cuanto al diagnóstico de depresión, las manifestaciones de conductas parasuicidas y la permanencia del adulto mayor en la residencia. Por otro lado, fue heterogénea, con respecto al sexo (Ver Cuadro 2), edad (Ver Cuadro 1), procedencia (Ver Cuadro 3), escolaridad (Ver Cuadro 4), estado civil

(Ver Cuadro 5), condición de vida (Ver Cuadro 6) y tiempo de vivir en la residencia (Ver Cuadro 7).

Cuadro 1: Perfil de la edad de los adultos mayores.

EDAD	FRECUENCIA
TOTAL	5
70	-
71	-
72	-
73	2
74	2
75	1

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 2: Perfil del sexo de los adultos mayores.

SEXO	FRECUENCIA
TOTAL	5
Masculino	2
Femenino	3

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 3: Perfil de la procedencia de los adultos mayores.

PROCEDENCIA	FRECUENCIA
TOTAL	5
Chiriquí	1
Darién	1
Los Santos	1
Panamá	1
Veraguas	1

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 4: Perfil de la escolaridad de los adultos mayores.

EDUCACIÓN	FRECUENCIA
TOTAL	5
Primaria	3
Secundaria	1
Analfabeta	1

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 5: Perfil del estado civil de los adultos mayores.

ESTADO CÍVIL	FRECUENCIA
TOTAL	5
Casado	-
Viuda	1
Unida	1
Separado	3

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 6: Perfil de las condiciones de vida de los adultos mayores.

CONDICIONES DE VIDA	FRECUENCIA
TOTAL	5
Enfermo	2
Indigente	1
Sin recursos económicos	2

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 7: Perfil del tiempo de vivir en la residencia.

TIEMPO DE RESIDENCIA	FRECUENCIA
TOTAL	5
tres años	1
dos años	-
un año	2
meses	2

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Tomando como referencia los criterios establecidos en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) con respecto al trastorno depresivo mayor, podemos indicar que al inicio del estudio los adultos mayores presentaban una serie de sintomatología depresiva que a continuación detallaremos.

Los signos y síntomas indicaban que durante un mínimo de dos semanas, se habían manifestado, de manera frecuente, pérdida de interés y/o placer en las actividades de su diario vivir, incluyendo las que se realizaban como parte de la programación de la residencia. El estado de ánimo era descrito como sentimientos de desesperanza y desánimo. La tristeza era negada al principio, pero al transcurrir la sesión inicial, era corroborada por el estado emocional, indicado mediante las expresiones faciales de nostalgia y llanto. También fue evidente la permanencia de quejas somáticas como expresión de sentimientos de tristeza. En otros casos, permaneció una conducta ansiosa, lo cual repercutía en una actitud irritable, como fue el caso del señor Berardo y el señor David. En lo que respecta al placer obtenido en la ejecución de actividades, mostraban poco interés y/o disfrute en las actividades que realizaban anteriormente, lo cual fue evidenciado a través del aislamiento o abandono a sus aficiones.

La pérdida del apetito o mas bien, la negativa a alimentarse, se mantuvo como el signo más frecuente, siendo la manifestación de alarma en el personal de salud del residencial. Le seguían, los problemas de sueño, actividad psicomotora y falta de energía en lo que se refiere al área corporal. En tanto que, en lo referente al área cognoscitiva-afectiva, fueron evidentes los sentimientos de culpa, la dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; y/o en situaciones extremas, la permanencia de recuerdos o pensamientos que incrementaban sus sentimientos de culpabilidad. Los pensamientos inconscientes de muerte fueron manifestados a través de las conductas parasuicidas.

La alteración del sueño más frecuente fue el insomnio, presentándose tanto el insomnio inicial (no poder conciliar el sueño), el medio (despertar intermitente), como el tardío (despertar precoz), prevaleciendo una especie de hipersomnía diurna, como consecuencia del insomnio nocturno.

En algunos casos, la actividad del envejeciente parecía ser "normal"; sin embargo, no era más que el reflejo del gran esfuerzo que realizaba para aparentar equilibrio. En cuanto a los cambios psicomotores, se observó un enlentecimiento tanto en el lenguaje (bajo tono de voz), pensamiento (dificultad para expresar ideas) y movimientos corporales (bajo tono muscular, mucho esfuerzo para desplazarse, permanecer en cama), estos últimos se presentaban acompañados de una falta de energía, cansancio y fatiga, ya que tenían que realizar un gran esfuerzo para lograr ejecutar una actividad, por más simple que ésta fuera.

También reflejaban experimentar sentimientos de inutilidad por no poder realizar sus metas en el presente, o sentimientos de culpa, por hechos ocurridos en el pasado, malinterpretando tales acontecimientos cotidianos como "prueba de sus deficiencias personales".

Otra queja presentada, además de los dolores físicos, se enmarcaba en la dificultad para recordar ciertos hechos, lo que era interpretado erróneamente como un signo de demencia ("seudodemencia"). Al transcurrir la psicoterapia, se observó su desaparición.

El motivo principal de las conductas parasuicidas parecía estar orientado hacia la creencia de desear rendirse ante la percepción de que se poseía "obstáculos insalvables" y un intenso deseo de acabar con el estado emocional doloroso que experimentaba, el cual lo percibía como interminable.

Toda esta sintomatología reflejaba "un malestar clínico significativo", reflejado en el "deterioro en las relaciones sociales y de actividad del individuo" (DSM-IV), afectando la confianza en sí mismo para ejecutar mencionadas actividades, llegando a los extremos de ser incapaz de cuidar de sí mismo (a), como lo fue el caso del señor Bernardo y la señora Nidia.

Debido a la sintomatología depresiva presentada, la historia clínica tuvo que recolectarse durante las dos o tres primeras sesiones, por los problemas de concentración, las tendencias a negar sus sentimientos, restarle importancia o justificar sus síntomas, especialmente aquellos que se referían a las manifestaciones de las conductas parasuicidas.

Al recibir la referencia de los casos, nos percatamos de que la conducta parasuicida era crónica, ya que había permanecido en el actuar de los adultos mayores por mucho tiempo. Esta afirmación era corroborada, ya que la conducta no mejoraba con el simple paso del tiempo; es más, se estaba incrementando. Este es un factor que nos ayudó a mejorar la validez de las inferencias que realizamos con respecto a la efectividad del tratamiento.

Durante las entrevistas realizadas, la mayoría expresó el sentir de que ya no estaban disponibles para ellos, las antiguas maneras de sobreponerse a las dificultades y detener el

enojo, la ansiedad y la depresión. Realmente, necesitaban de una atención que se enfocara de manera cuidadosa, a sus circunstancias vitales particulares y a sus dilemas específicos, por lo que era evidente que precisaran de la ayuda de otra persona en la que confiaran para recuperarse o manejar sus pérdidas. Al respecto, en el inicio del tratamiento, mostraron las influencias de estas pérdidas en su actuar diario y que por ende, les provocaban temores, tales como: tener que depender de otras personas para realizar sus actividades diarias, experimentar pérdidas múltiples (familiares, amistades, capacidad física y mental, etc.), lo que reducía su red social y los llevaba hacia el aislamiento. Igualmente prevaleció el temor a quedar solo, rodeado de personas desconocidas (como ocurre en el residencial) y por la experiencia de haber visto morir a sus compañeros de la residencia, en ciertas condiciones (ciegos, inválidos, dependientes de sondas, etc.); el temor a no tener la capacidad para adaptarse a sus nuevos roles de envejecientes e integrarse a su nueva vida residencial, y finalmente, la ansiedad en cuanto al tiempo que les quedaba de vida, ya que al reflexionar sobre ello, se percataban de que existía la probabilidad de no poder lograr las metas que se habían propuesto en los últimos años de su existencia. Esta ansiedad fue observada a través de la aplicación de la Escala de Collet-Lester con respecto al miedo ante la posibilidad de la muerte.

Posteriormente, fue evidente la predisposición hacia la depresión, debido a que las experiencias de impotencia/indefensión (Bleichmar, 1997) que habían permanecido en el psiquismo de estas personas, reaparecían cada vez que se sentían impotentes con relación a sus expectativas de vida, reactivándose todas aquellas experiencias (ya sean reales o imaginarias) que dominaron ese sentimiento. Ese experimentar, los predisponía a un estado depresivo, el cual se desarrollaba por la existencia de la fijación de un deseo o

expectativa que no podía ser compensado o reemplazado por otro deseo, provocándoles un sentimiento de impotencia de no poderlo realizar en el presente o en el futuro, que se reflejaba en la expresión de un sentimiento de desesperanza.

En los pacientes se percibía la decepción y desesperanza por la voz carente de tonalidad, los músculos flácidos del rostro, el diálogo entrecortado en breves oraciones. Igualmente, se observó la desilusión, como patrón de conducta que antecedió a la depresión. Dicha desilusión se manifestaba cuando existía el sentimiento de ser engañado, principalmente si procedía de sus familiares, parejas, amistades cercanas o personas de confianza con las cuales había establecido un vínculo (cuando despidieron a varias auxiliares)

En aquéllos que reportaron conductas de aislamiento de su medio externo, es importante reconocer el predominio de la pulsión de muerte sobre Eros. Al respecto, es importante recordar las sabias palabras de André Green (1990), quien nos señala que el poder suspensivo de la desinvestidura en el adulto mayor, se encuentra en ejercicio, y en estos momentos no hay "más tiempo", por lo que aumenta el dominio de Tánatos. Podemos mencionar los estados que indican su proximidad: el aburrimiento, la espera de la que no se espera nada, el abandono de la lucha. Estos afectos anuncian la llegada de la depresión o suceden a ella: "Ya no hay temor a la muerte porque se la ha apresado en la red de la vida".

Otro aspecto que sobresalió en la investigación, lo constituyó el hecho de que la mayoría de los pacientes no recibían visita. Este aislamiento de sus vínculos sociales y familiares, creaban un sentimiento de ser rechazados debido a los sentimientos de culpabilidad por las faltas cometidas en el pasado. Aunado a las muy conocidas

experiencias de ansiedad, temor y sentimientos de rechazo y abandono, esta situación predisponía, al adulto mayor, a la manifestación de las conductas parasuicidas. Fue de esta manera que comprendimos la importancia de establecer un análisis con respecto a la influencia de la continuidad de estos vínculos en su vida actual para establecer el bienestar físico y psicológico del paciente.

También fue relevante, la negativa del personal hacia la expresión de la sexualidad de los participantes del estudio en particular, y de los residentes en general. Los mitos y prejuicios existentes acerca de la sexualidad en la vejez, les impedía mantener una posición más humana. Así veíamos que aquellos que convivían con su pareja en el residencial, se les limitaba la manifestación de una vida conyugal; y aquéllos que recibían visitas de seres queridos, tampoco tenían un espacio privado, ya que la estructura física no está condicionada para este tipo de relaciones. La educación sexual no sólo estuvo dirigida a los adultos mayores; también se promovió la orientación al personal de la residencia, logrando con ello, la expresión de la sexualidad como un hecho natural y necesario, y no como una conducta “morbosa” del adulto mayor. Así, entendiendo la sexualidad como un término que se extiende más allá de los parámetros establecidos por la genitalidad, la cual incluye una relación afectiva por medio de cualquiera de sus manifestaciones, durante la investigación, se motivó hacia la incorporación del paciente a actividades que permitían la expresividad de la sexualidad, incluyendo las demostraciones afectivas de contacto físico (besos, abrazos y caricias en público; relaciones interpersonales con sus compañeros residentes, etc.) de manera natural. De esta forma, se obtuvo éxito en la comprensión de que la vida sexual continúa en la etapa de la vejez.

Durante las sesiones, la exploración de la vida sexual a través de la técnica de la Reminiscencia, finalmente motivó hacia el reconocimiento de su papel en la vida de otras personas y de su satisfacción por las metas logradas.

De acuerdo a estudios realizados por profesionales dedicados al área, el insomnio presentado en los pacientes puede deberse a un exceso de excitaciones provenientes de una madre arcaica peligrosa, de la cual el sujeto se siente menos protegido que antes y que podría surgir cuando se acuesta o cuando está inmerso en la oscuridad. Esta figura excitante y sofocante es también la muerte. Por otro lado, los sueños también representaban los "viajes" como experiencia regresiva del retorno al paraíso perdido, deseo fundamental en el que se reflejaba su escape a los dominios del tiempo y la destrucción. La evocación del "último viaje" permitía también pensar en la presencia figurada de la muerte. Representarla simbólicamente, era poderla mantener a distancia. Así, los pacientes pudieron pasar de la "percepción de la muerte de ellos mismos" a la evocación de una muerte aceptada.

Con relación a los procesos defensivos, oscilaban entre aquéllos considerados de índole primario hasta aquellos de procedencia secundaria. Los utilizados con mayor frecuencia fueron: aislamiento afectivo, negación, represión, proyección, racionalización, agresión pasiva, quejas, rechazo de ayuda y retirada apática.

Sus miedos con respecto a la muerte no giraban en torno al momento de la muerte en sí, sino a la condición física en que quedarían; es decir, al período extenso en la que se vieran confinados a una cama sufriendo una enfermedad, verse incapacitados en el ámbito físico y no "poder valerse por sí mismo (a)". Esta situación elevaba los niveles de ansiedad ante el hecho de cómo morirían, corroborando con ello, los hallazgos de

Kastenbaum/Aisenberg (1972) y los de Wass (1988). Durante las sesiones, sobresalió la complacencia del adulto mayor cuando hablaban acerca del tema de la muerte, como lo señala Neimeyer, debido a que las pérdidas experimentadas durante su vida, habían reorganizado sus sentimientos y pensamientos con respecto a ella, de tal forma que aceptaron finalmente la muerte como un suceso de la vida. Por ello, no fue raro encontrar una ansiedad baja ante la muerte en sí en la Escala de Collet-Lester, pues era vista como parte de otra pérdida que se suscitaba en el transcurso de la vida de una persona.

Existía, en los adultos mayores, una gran cantidad de enojo y agresión, por sus sentimientos de decepción, desilusión, de haber sido engañados (cuando fueron internados en el residencial), por las diferentes pérdidas que habían vivenciado, las cuales habían sido contenidas en forma de intra-agresión. La hostilidad no podía ser dirigida hacia el objeto que había provocado este sentir, por lo que dirigían hacia sí mismos; rasgo de conducta depresiva que es de esperarse a esta edad. Ante ello son sabias las reflexiones de León Grinberg (1994), quien señala que este tipo de depresión se caracteriza por la paralización del yo ante el miedo de emprenderse al peligro. Entonces, el deseo de vivir, en el adulto mayor, era reemplazado por el deseo de morir, ya que el yo de la persona se consideraba impotente de superar el riesgo que lo amenazaba. La libido (pulsión de vida) que se encontraba flotante y desorganizada, le estaba dando paso libre a la pulsión de muerte, reforzándose un último deseo para ser investida en el último acto: el de la muerte.

La psicoterapia debería ser dirigida entonces, a elevar la autoestima del adulto mayor, enfatizando en los factores (Bellak) relevantes de las manifestaciones de conductas parasuicidas. Se logró entonces, que el adulto mayor recuperara la confianza en sí mismo (a), gracias a su incorporación a actividades diarias que le ayudaron a recordar sus

potencialidades, descubrir nuevos recursos que poseía y superar al objeto temido, repararlo y repararse a sí mismo (a).

En el transcurso del proceso terapéutico, la decisión de terminar la sesión antes del tiempo estipulado, permaneció como una constante en los adultos mayores que participaron del estudio. Ello podría representar la manifestación de la resistencia; es decir, una forma de dirigir la finalización de la sesión: ser ellos quienes decidan terminar, en lugar de la terapeuta. Quizás era una negativa a enfrentar los sentimientos que provocaba la psicoterapia. Así, fue común escuchar expresiones en donde manifestaban que otros compañeros necesitaban de más ayuda y requerían del tiempo que ellos utilizarían.

El perfil básico de la PBIU establece un tiempo de 50 minutos por sesión; no obstante, considerando las condiciones depresivas y de salud física en que se encontraban los pacientes al inicio del tratamiento, el tiempo fue reducido a 35 minutos. La interrupción y/o petición acerca de dar por terminada la sesión, nos hace reflexionar acerca del tiempo requerido en aquéllos pacientes que manifiesten conductas parasuicidas. Considerando el diagnóstico de depresión mayor, en donde el estado anímico es tal que, mostraba sus efectos en la deambulación, cuidados en la salud (alimentación, medicamentos, etc.), se hace necesario ser más flexibles en cuanto a la duración de las sesiones, ya que en muchas ocasiones, el adulto mayor refleja agotamiento o fatiga por el esfuerzo mental realizado. Aquí es importante hacer el señalamiento de que, a pesar de la existencia de las observaciones realizadas con anterioridad, hay una disposición y reacción positiva del adulto mayor hacia el proceso terapéutico. La reducción del tiempo sólo contribuirá a manejar y obtener resultados con mayor efectividad.

Por ello, recomendamos el empleo de 25 a 30 minutos en las primeras dos sesiones de terapia; y, en la medida que el (la) paciente responda al tratamiento, aumentar el tiempo a 35 minutos.

Debemos recordar que los adultos mayores que participaron del estudio, presentaban sintomatología depresiva con rasgos de melancolía y catatonia, los cuales hacían que permanecieran en un sólo sitio la mayor parte del tiempo (sentados/acostados en una cama con la mirada hacia el techo de la habitación). Esta condición aumentaba la fatigabilidad durante las sesiones, por lo cual había que reducir el tiempo hasta lograr elevar su estado anímico; permitiendo entonces, cumplir con los 35 minutos estipulados.

Otro hecho importante durante el tratamiento lo consideró la necesidad de respetar el silencio reflexivo expresado durante las sesiones. Respetar su espacio, permitiéndoles la expresividad de sus sentimientos, fue de importancia vital en la alianza terapéutica.

Desde otro punto de vista, consideramos importante hacer énfasis en un tipo de actitud que es asumida por personas, las cuales pueden sentirse incómodas al hablar con un paciente acerca de la muerte; sin embargo, pensamos que era importante exponer este tipo de diálogo, debido a la manifestación de la conducta que presentaban; además de que era útil preguntarles si sentían que estaban o no deprimidos o si tenían ideas o planes suicidas. Al contrario de lo que los mitos señalan, en vez de creer o temer que se le "estaba poniendo estas ideas en su mente" (del adulto mayor) con esta pregunta, lo que se logró, durante el proceso de tratamiento, fue darles la seguridad de que alguien se preocupaba por ellos, como también, se les brindaba la oportunidad de dialogar acerca de su problemática.

En cuanto a los resultados obtenidos en lo que se refiere a las expresiones de tristeza, la mayoría pudo sobreponerse ante las mismas, manifestadas a través la disminución de las expresiones de llanto diario y el contacto visual con la terapeuta.

Paulatinamente, expresaron sensaciones agradables, lo cual rivalizaba con la percepción de muerte avanzada experimentada anteriormente. Estas vivencias agradables señalan el despertar de las pulsiones de vida, gracias a la desviación de la pulsión de muerte en beneficio de Eros. Se produjo grandes cambios en los pacientes que se desinteresaban por sí mismos (as) y por los demás: progresivamente empiezan a arreglarse, a cuidar de su cabello (peinado), visten con los mejores atuendos que posean, tratan de "agradar" a la terapeuta con mensajes directos tales como: "todos los martes me acicalo bien para que usted me vea arreglado (a)"; lógicamente esto último corresponde a una manifestación de transferencia hacia la terapeuta.

Los adultos mayores que participaron de la psicoterapia, mostraron satisfacción tanto con la duración del tratamiento (Ver Cuadro 8), como con los resultados obtenidos con respecto a la mejoría de los síntomas y signos presentados al inicio del mismo. Expresaron que emocionalmente se sentían mucho mejor en comparación al inicio del tratamiento, por lo que pensaban que el tratamiento les había ayudado mucho en el presente (Ver Cuadro 9).

Cuadro 8: Resultados de la satisfacción de los adultos mayores, con respecto a la duración del tratamiento.

	Completa- mente satisfecho	Bastante satisfecho	Medio satisfecho	Algo satisfecho	Bastante Insatisfecho	Completa- mente Insatisfecho
Caso # 1	X					
Caso # 2	X					
Caso # 3	X					
Caso # 4	X					
Caso # 5	X					

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Cuadro 9: Resultados de la satisfacción de los adultos mayores con respecto a la ayuda recibida por el tratamiento (manifestaciones de las conductas parasuicidas, en comparación al inicio de la psicoterapia)

	NADA	CASI NADA	POCO	MEDIANA MENTE	MUCHO
Sra. Marcia					X
Sr. David					X
Importante					X
Solitaria					X
Descorazona					X

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

De la misma manera, expresaron que tenían que reconocer la vivencia de cambios en su conducta, los cuales fueron producto del análisis de la influencia de las pérdidas ocurridas en el pasado, las cuales repercutían en su conducta diaria. En el caso de la señora Marcia, la pérdida de su hija, de sus vínculos familiares y sociales; en el señor David, las carencias físicas durante su crecimiento y la muerte de su madre; en el señor Bernardo, una vida de alcoholismo, irresponsabilidad familiar, y ahora, diagnóstico de cáncer; en la señora Sofia,

la pérdida de roles, la pertenencia de necesidades básicas y roles (hogar o residencia propia, trabajo laboral y de hogar, etc.); en la señora Nidia, la poca vinculación con sus familiares de origen y una vida dependiente y de apego a su cónyuge, acompañada de un miedo a la pérdida física de éste.

También fue obvio la experiencia de una mejoría significativa en lo que respecta a sus relaciones con los compañeros de la residencia, a su estado de ánimo, a la confianza en sí mismo (a), a la forma en que ahora disfrutaba de la vida (actividades del residencial), al manejo del estrés; pero sobre todo, en el cuidado de sí mismo (a), lo cual ha contribuido a su crecimiento y conocimiento como persona (Ver Cuadro 10), de manera tal que, ahora tienen una mejor perspectiva de vida, e inclusive se le escucha hablar sobre un "nuevo estilo de vida".

Cuadro 10: Autoevaluación de los adultos mayores con respecto a la efectividad del tratamiento.

AREAS	NADA	CASI NADA	POCO	MEDIANA MENTE	MUCHO
Estado de ánimo.					XXXXX
Confianza en sí mismo.					XXXXX
Relación con otros.					XXXXX
Disfrutar de la vida.					XXXXX
Cuidado de sí mismo.					XXXXX
Crecimiento y conocimiento de sí mismo.					XXXXX

Fuente: Yara del C. Acuña Ibarra. 2,000.

Igualmente, fue evidente la superación y el manejo del miedo ante la posibilidad de muerte; sobre todo, en aquellos que manifestaban patrones de pensamientos inadecuados.

En los cinco casos, hubo una reducción de la conducta destructiva hasta casi cero, la cual fue acompañada de una evaluación positiva de los pacientes. Ello hace que se pueda tener más seguridad al afirmar que el tratamiento fue el responsable de los cambios acontecidos en la conducta de los adultos mayores (y no a otras variables incontroladas del estudio).

En general, podemos indicar, que los adultos mayores que participaron en el estudio, presentaron una mejoría en cuanto a la manifestación de las conductas parasuicidas que se observaron al inicio del tratamiento, lo cual nos indica que la psicoterapia aplicada fue efectiva en cuanto a la disminución de la sintomatología presentada; por lo tanto, el tipo de psicoterapia breve aplicada (Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de L. Bellak), es recomendable en adultos mayores depresivos que manifiesten conductas parasuicidas, siempre y cuando se utilicen los criterios y procedimientos de investigación utilizados en el presente estudio.

CAPÍTULO IV: REFLEXIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. REFLEXIONES FINALES

La sociedad mercantil en la que vivimos tiende a desvalorar a las personas que atraviesan la etapa del envejecimiento, debido a que consideran que no representan ninguna utilidad para el sistema. Esto tiene diversas manifestaciones. La ayuda a los países subdesarrollados resulta casi siempre marginal. A algunas personas, sin haber valorado su situación, se les ve como indeseables, que hay que expulsarlos del sistema porque se les considera una amenaza. Si están enfermos, se les arrincona como si su enfermedad representara una maldición para la sociedad.

Algunas familias consideran que hay que llevar a los miembros que suponen una carga a instituciones especializadas, y así vemos ancianos reclusos en asilos porque constituyen un estorbo. En estos lugares, estas personas no siempre reciben un amor desinteresado, sino que son objeto de un trabajo técnico remunerado, sin paciencia, donde les brindan poco afecto. No se tiene en cuenta que estas personas necesitan un amor sacrificado.

Pero si el reconocimiento del derecho a la vida que tiene un ser humano depende de otros (de aquél que puede decidir: familiar, amistades, médicos, etc.), entonces la dignidad humana no representa un valor en sí, que esté por encima de todo y que exija un reconocimiento y una acogida absoluta, sino que se convierte en algo relativo y precario, y todo ser humano se convierte en un indefenso en potencia.

En la vida más necesitada e inservible se esconde un misterio: el misterio de la dignidad infinita de cada hombre, que posee una intimidad y una existencia irrepetible y valiosa, más allá de su situación miserable, más allá de que sea un estorbo inútil, más allá de toda

decisión interesada. Si la sociedad no respeta la dignidad de estas personas es señal de que no sabe lo que significa dignidad humana.

Pero es que, además, estas personas son portadoras de otro valor y de otra dignidad que le son específicos: encarnan una necesidad absoluta que reclama la presencia de un amor desinteresado, que pone en juego toda la capacidad de amar del corazón humano.

Los necesitados representan un papel en el gran teatro del mundo, que no puede ser interpretado por nadie más y que constituye un papel esencial en el drama. Pobres, enfermos solitarios, fracasados... siempre los habrá, por mucho que avance la sociedad (aún en las sociedades más avanzadas)

La proliferación de películas sobre personajes de este tipo, manifiesta una reacción frente a la indiferencia hacia aquéllos que reclaman sacrificio y amor. Estas personas preservan a la sociedad de que se convierta en un conjunto de egoístas que van a lo suyo, despiertan una conciencia de solidaridad, apuntan al núcleo auténtico de la generosidad y de la entrega. Son como el polo negativo que induce y exige la presencia de un polo positivo, de un dar desinteresado.

El crecimiento y los cambios demográficos recientes han provocado que el contacto clínico entre los profesionales de la salud y el paciente anciano sea una situación cada vez más frecuente. Este fenómeno ha producido, en las dos últimas décadas, un acervo de conocimientos sobre el envejecimiento y el paciente anciano, que constituyen los cimientos de la geriatría y que, integrados al diagnóstico y tratamiento de los pacientes de este grupo de edad, favorecen un manejo más acertado. La ignorancia de estos conocimientos puede tener consecuencias peligrosas: primero, los cambios relacionados con la edad pueden ser erróneamente atribuidos a una enfermedad, lo

cual puede generar intervenciones ineficaces y, aún peor, dañinas; segundo, la enfermedad puede ser tomada como envejecimiento normal y ser descuidada, y tercero, la evasiva del médico hacia el anciano que tiene problemas múltiples con componentes relacionados con la edad y la enfermedad.

De allí la importancia de crear nuevos espacios donde sean incorporadas las personas que se encuentran experimentando la etapa del envejecimiento, de reconocer los mitos existentes que han permanecido como parte del aprendizaje del diario vivir y que se han extendido al mundo moderno.

Actualmente existen muchas áreas que abarcar en cuanto al conocimiento de las conductas que manifiestan las personas a partir de los sesenta y cinco años de edad. Nos queda un camino largo por recorrer; sin embargo, aquél que se interese incursionar en él, podrá experimentar lo beneficioso que es, no sólo para las otras personas, sino para sí mismo, ya que a través del aprendizaje obtenido, los adultos mayores nos brindan un cúmulo de conocimientos, producto de la experiencia de muchos años de sabiduría. Todos estos sucesos nos llevarán algún día a decir con orgullo -como algunas ocasiones escuché decir sin temor alguno: "sí, soy viejo (a)".

2. CONCLUSIONES

En el transcurso del proceso de investigación realizado con adultos mayores depresivos que presentaban manifestaciones de conductas parasuicidas, observamos una serie de conductas y reflexiones que exponemos a continuación:

Con respecto al proceso de envejecimiento,

1. Las personas de edad avanzada vivencian tensiones, que, por así decirlo, son muy especiales: las pérdidas son mucho más frecuentes y existe menos tiempo y probabilidades para la recuperación; por lo tanto, deben readaptarse a nuevos estilos de vida, mantener la esperanza y aceptar la imagen envejecida de sí mismo en una sociedad que no valora la vejez como fuente de sabiduría o autoridad.
2. Aquellos adultos mayores que alimentaron su autoestima a través del éxito en el trabajo, de la destreza física o de la admiración sexual, encuentran que estas defensas ya no son viables.
3. Aquéllos que diariamente trabajamos con población envejecente, percibimos, palpamos y comprobamos el principal escollo de la vejez: el derrumbe de las pulsiones de vida.
4. Los adultos mayores que participaron del estudio, poco a poco se estaban alejando de la vida y ocasionalmente solicitaban ayuda, ya sea verbalmente o mediante conductas simbólicas.
5. El adulto mayor percibe la enfermedad como producto de una herida a su personalidad, debido a la pérdida del control en sus funciones (ha perdido su libertad, su vida depende de los demás, tiene necesidad de la ayuda de otros para levantarse, caminar, vestirse, alimentarse); disminuyendo así, la integridad de su autonomía y de sus capacidades.
6. El envejecer está surcado por la vivencia de muchas pérdidas: pérdida de seres cercanos que mueren, pérdida de su papel laboral a través de la jubilación, pérdida de cierta parte de la identidad vinculada al cuidado de los hijos; éstos, cuando crecen se van, se

independizan, se casan, y este vacío, en algunos casos, se torna importante. Las pérdidas de la habilidad motriz, de la capacidad procreativa o la disminución de la potencia sexual, se viven como pérdidas y sólo se puede saldar a través del trabajo del duelo.

Con respecto al proceso terapéutico (dinámica),

7. Los adultos mayores que habían experimentado pérdidas en su vida, las cuales no habían sido elaboradas, precisaron de la ayuda de otra persona en la que confiaban para recuperarse de la misma. En algunas ocasiones, es difícil lograr las metas propuestas acerca de la expresión y recuperación de los sentimientos perdidos, debido a que existen, por parte del adulto mayor, esperanzas de reunirse con el objeto perdido y, ante ello, expresan manifestaciones de ira por haber sido abandonados.
8. Indistintamente de que el adulto mayor se encuentre aislado en su domicilio o de que viva en una institución abundantemente poblada, su mayor aflicción es la soledad que le consume, encerrándose en un mundo para sí sólo. Este temor es tan fuerte que evita que el adulto mayor rompa con las relaciones negativas o destructivas, ya que para ellos es preferible este tipo de relaciones, que estar solos. Harán todo tipo de sacrificios para no exponerse al sentimiento de su vacío. De esta manera, dejan paso libre a la acción de la pulsión de muerte.
9. Socialmente, el adulto mayor debe "morir" como niño/a, adolescente y adulto, enfrentándose a la adquisición de nuevos roles. Estos cambios son procesados con mayor o menor éxito; y, cuando no se toleran, no se pueden manejar de otra manera, y una posible salida sería el "accidente", dejándolo como una posible, por no afirmar, la única forma viable, ante la separación de sus roles. De esta manera, el cuerpo se

convierte en el escenario privilegiado donde se despliega, se actúa (la muerte) y se actuaría así al mandato de la pulsión de muerte, que tiende a suprimir todo conflicto existente hasta ese entonces.

10. Se podría entonces asociar a los "accidentes" (conductas parasuicidas) y los suicidios con una compleja articulación de factores de tipo social, psicológico, cultural, familiar, entre otros, que llevarían al adulto mayor a asumir conductas que atentan contra su salud y ponen en riesgo su vida.
11. Otras manifestaciones son menos obvias pero no por ello son irrelevantes. Existen momentos en que el adulto mayor depresivo, para controlar su medio, se resiste a los cambios, como por ejemplo, insistiendo en la permanencia de objetos en el mismo lugar, permanecer todos los días a la misma hora en la misma silla o en el salón de descanso, etc. Quizá sea una tentativa de bloquear el paso del tiempo para así no avanzar hacia la muerte. En cierto modo, sería como hacerse el muerto para escapar a la muerte. De esta manera se aíslan completamente del entorno y se confinan en la cama en posición fetal. Con esta actitud, parecen abandonarse al movimiento de la pulsión de muerte, al destruir todos los vínculos que lo ligaban al mundo exterior. Aquí veríamos la conducta parasuicida como una posible petición de ayuda, una desesperación e impotencia ante el enfrentamiento de los problemas insuperables de los últimos años de vida, como parte del final "razonado" al sufrimiento físico o emocional.
12. No siempre está presente el deseo de morir. Puede constituir en su fantasía (al final del "accidente") un otro que le permite imaginarse que va a destruir su cuerpo pero no morirse, pudiendo, a través de esta fantasía de supervivencia psíquica, observar el

despliegue que provoca su propia muerte, imaginar cómo su acto afectaría su entorno, recuperando de esta manera el control sobre su vida.

13. Podríamos plantearnos que los "accidentes" pueden estar relacionados con intentos de suicidio y que ésta es sino la única, una de las pocas formas en que el adulto mayor puede manifestar que atraviesa por situaciones conflictivas, llamando la atención de quienes le rodean.
14. No podemos descartar, que debido a los cambios que se dan en su esquema corporal, el manejo que tiene acerca del espacio es más reducido en comparación con años pasados, situación que de por sí puede causar accidentes. Estos episodios podrían no revestir entonces el carácter de intentos de autoeliminación enmascarados, aunque también podría suceder que la torpeza y los impulsos autoagresivos o autodestructivos se combinaran.
15. Es importante puntualizar que la conducta suicida y la parasuicida, nunca debe ser malentendida o interpretada como una opción de rendirse cuando la vida es difícil o parece sin esperanza, ni aun cuando la persona parece haberlo perdido todo. Con una elección correcta, a través de la psicoterapia, es importante expresarle al paciente que puede ser posible experimentar una creciente felicidad nuevamente, sin importar cuán mala o dolorosa parezca la situación inmediata.
16. En estos momentos en que la evolución del mundo moderno nos invade, se hace importante reconocer que la conducta parasuicida debe constituirse en un signo de alarma en esta población, ya que son muchos los riesgos a los que está expuesto el adulto mayor deprimido.

17. En la mayoría de las ocasiones, el adulto mayor percibe sus pérdidas reflejadas en su cuerpo, debido a que éste manifiesta un deterioro físico producto del paso del tiempo. Ello aumenta sus sentimientos de desesperanza, ya que el cuerpo simboliza la sexualidad. De allí que muchas de las depresiones que manifiesten tienen un importante contenido de deficiencia en los roles sexuales que desempeñaban. Orientándolos hacia el reconocimiento de que la sexualidad continúa (aunque existan modificaciones en la intensidad psicológica y la posibilidad de coito en una relación), es de vital importancia, permitirles la expresión de conductas que satisfacen su vida sexual y que contribuyen al mantenimiento de su salud mental, tales como lo son las manifestaciones de contacto físico: caricias, besos, abrazos, etc.
18. En la mayoría de los centros en donde residen este tipo de personas, se niega la expresión de la vida sexual de los envejecientes, ya que permanece muchos mitos y prejuicios con respecto a la vida sexual de los residentes. Inclusive, en la estructura física de estos lugares, no se considera un espacio privado (íntimo) para la expresión de aquellas parejas que vivan o reciban visitas de sus parejas.
19. Al negarnos a reconocer la sexualidad de los mayores, vamos construyendo un muro de incompreensión con respecto a ella. También negamos el uso de nuestra propia sexualidad, así como a la persona anciana que seremos con el devenir de los años, exponiendo a situación de riesgo, nuestro equilibrio personal y la posibilidad de vivir plenamente esta etapa de la vida.

Con respecto a la transferencia y a la contratransferencia,

20. Nos encontramos con otro inconveniente: algunos profesionales de la salud mental, en su mayoría, suelen escapar y/o rechazar a los pacientes mayores deprimidos. No

obstante, en corto tiempo, aquél que decide responder al desafío, descubrirá lo apasionado y gratificador que es este trabajo al cual tanto temía. Sus efectos positivos salen a la luz, no sólo a nivel del paciente tratado, sino también en la repercusión sobre su entorno y beneficencia a la descendencia del paciente.

21. Como profesionales jóvenes, nos encontramos con un tema con el cual normalmente no se está habituado a trabajar o a manejar afectivamente: el de la muerte. El adulto mayor, a través de sus proyecciones, nos confronta directamente con ella. Desde su imagen cargada de significación, se juega una relación transferencial que nos permite establecer el vínculo con nuestros primeros modelos, nuestras figuras parentales, por lo que se abre el espacio para que se reediten nuestros prototipos de vinculación infantil. Enfrentarse a esta realidad no es tarea fácil, por lo que, en algunas ocasiones, provoca el rechazo del terapeuta hacia el manejo de este tipo de casos.
22. También puede estar presente la parte contratransferencial, en cuyo caso, se puede llegar a sentir cariño hacia el paciente, el cual es de esperarse, ya que el adulto mayor frecuentemente recurre a su imagen desvalida como una forma de solicitar ayuda y establecer una alianza con el psicoterapeuta y lograr su objetivo. De allí, que ante la demostración de afecto, no es raro encontrar respuestas de actitudes de aceptación gratificante o rechazo ante la vivencia de ser transportados a reeditar viejas relaciones. El éxito del tratamiento y el mantenimiento de la alianza terapéutica, dependerá entonces, del manejo preciso que realice el terapeuta.

Con respecto a los resultados finales,

23. Mediante el estudio realizado con adultos mayores, hemos podido comprobar que la experiencia de pérdidas en el pasado, le hacen vulnerable a la predisposición ante las pérdidas en el presente.
24. Fue evidente el hecho de que el adulto mayor posee recursos internos que son de gran utilidad en el transcurso de una psicoterapia, los cuales deben ser empleados por los terapeutas, en combinación con el enfoque escogido, para lograr el éxito del tratamiento.
25. En nuestro caso, el enfoque de intervención utilizado nos permitió tratar al adulto mayor sobre la problemática presentada con un grado de flexibilidad, obteniendo de esta manera, resultados satisfactorios.
26. La Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia de Leopold Bellak es un tratamiento adecuado para la atención de adultos mayores deprimidos que manifiestan conductas parasuicidas. Una vez que recibieron la intervención terapéutica, mostraron por lo menos, una mejoría en la disminución de las manifestaciones de las conductas parasuicidas, en comparación al inicio del tratamiento.
27. Sin el uso de tantos tecnicismos podremos ver el mundo de modo más similar a como lo ven los adultos mayores y conseguir mantener aquella postura neutral y de simpatía, desde la cual, como sabemos por experiencia, seremos capaces de brindarles nuestra ayuda profesional.
28. Con el apoyo familiar, de los amigos y del tratamiento profesional adecuado, los adultos mayores podrán recuperarse y conducirse con ello, hacia un estilo de vida más saludable.

3. RECOMENDACIONES

En la Sociedad:

- Promover la incorporación activa de los adultos mayores; esto nos lleva a generar nuevas maneras de abordar la envejecencia.
- Generar espacios físicos y psíquicos que incluyan a la vejez como parte de la vida cotidiana.

En el área Psicoterapéutica:

- Incorporar a los adultos mayores a actividades y/o programas terapéuticos que logren apartarlo del aislamiento, sobre todo aquéllos que se encuentran separados de sus vínculos familiares (no reciben visitas), razón por la que sugerimos a los centros, residencias y asilos, la importancia del establecimiento de medidas de control de la frecuencia de las visitas que recibe el adulto mayor, para prevenir la pérdida de vínculos.
- Familiarizar al adulto mayor con el trabajo de duelo, ya que son muchas las pérdidas que ha vivenciado durante su vida y que no han sido elaboradas. Esto le ayudará a liberar sus energías y trasladarlas a nuevas personas, actividades, en fin, objetos de su afecto. De la misma manera, se hace necesario orientar al personal profesional de la residencia, hacia el manejo de este tipo de pérdidas.
- En la atención de este grupo de personas, que experimentan una acumulación de pérdidas arrastradas durante toda su vida, es importante que tratemos de ver las cosas

desde su punto de vista y respetemos sus sentimientos, por alejados de la realidad que los consideremos. Si sólo siente que podemos comprenderlos y armonizar con ellos en los esfuerzos que se impone, es probable que pueda expresar los sentimientos que están oprimiéndole: su anhelo por el retorno de la figura perdida, su esperanza de que milagrosamente todo pueda volver a ir bien, su rabia por verse abandonado (a), sus airados e injustos reproches contra "esos médicos incompetentes", "esas inútiles enfermeras" y contra sí mismo (a), tan culpable por no haber hecho tal cosa o tal otra, por no haber dado esto o lo otro, lo cual hubiera quizás evitado el desastre.

- Motivar, a las instituciones de atención de salud pública, hacia la formación de grupos terapéuticos orientados hacia el manejo de la ansiedad ante la posibilidad de muerte, sobre todo, en adultos mayores. De la misma manera, es de prioridad la formación de estos grupos dirigidos a personas en proceso de envejecimiento, en especial aquéllos que presenten manifestaciones de conducta parasuicida.
- A pesar de que el adulto mayor reconoce la existencia inminente de los riesgos a que está expuesto (cuando está deprimido), es probable que los recursos profesionales y/o familiares que posea apelen en vano para prevenirlos de ellos; sin embargo, puede ser reversible si se lo trata con prontitud mediante una psicoterapia adecuada. Se sugiere incorporarlos a psicoterapias breves, como modelos de intervención efectivos.

En las residencias:

- Promover la creación de espacios vinculares intergeneracionales, redes familiares, más allá de los lazos de parentesco que tiene el adulto mayor.
- Propiciar la planificación de actividades diarias que se adecúen con los momentos vitales y deseos que experimentan los adultos mayores.

- Estimular el autocuidado y la preservación del estado autovalente de las personas mayores.
- Ofrecer al adulto mayor, oportunidades de educación que sean diversificadas, pertinentes y sistemáticas, estimulantes para el entrenamiento de las aptitudes físicas y mentales, para la mayor frecuencia de contactos sociales y la actividad personalizante y socialmente valiosa.

En el área de la Capacitación:

- Motivar profesionales en el área psicológica, hacia su participación más frecuente, en la atención clínica de pacientes de edad avanzada.
- Mantener en constante capacitación de todo el personal que se relacione con los adultos mayores. Nos estamos refiriendo a las enfermeras, auxiliares, personal administrativo, de cocina, de lavandería, de mantenimiento, etc. Esta capacitación debe incluir la importancia de la expresión de la sexualidad en la vejez, el manejo de pérdidas, la depresión, entre otras.
- Una adecuada educación debe llevarnos hacia la comprensión de la sexualidad en las diferentes etapas de la vida, sobre todo, en la vejez. Ello favorecerá un grado de salud mental, ya que la vivimos como una experiencia necesaria y saludable. Esta educación sería la mejor prevención para el futuro.
- Impulsar el protagonismo que le cabe a la Universidad como institución comprometida en el acontecer histórico de la sociedad en que está inmersa para:
 1. Diseñar propuestas desde su propio lugar social y sumarse a otras instancias para acordar políticas y acciones que respondan a un abordaje integral y comprensivo del envejecimiento personal y social.

2. Promover una respuesta formal y sistemática a la nueva y cada vez más amplia demanda de aprendizaje del grupo de los mayores con posibilidades de seguir actuando de manera activa en su comunidad.
3. Recomendar la incorporación de la formación gerontológica, como especialidad, en los currículos de las Facultades de Humanidades, Ciencias de la Educación, Medicina y Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Textos:

1. ARIETI, S.
BEMPORAD, J. Psicoterapia de la Depresión. Editorial Paidós, SAICF. México, 1993, 449 pgs.
2. BALINT, M.
ORNSTEIN, P.H.
BALINT, E. Psicoterapia Focal. Terapia Breve para psicoanalistas Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock. Editorial Gedisa. Segunda Edición. Barcelona, 1996, 198 pgs.
3. BEJARANO, P. F.
JARAMILLO, I. Morir con Dignidad. Fundamentos del Cuidado Paliativo. Atención Interdisciplinaria del paciente terminal. Edit. Fundación Omega Carrera. Primera Edición. Santa Fé de Bogotá, Colombia, 1992. 370 pgs.
4. BELLAK, A.
HERSEN, M. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Editorial Declée De Brouwer, S.A. Bilbao, España. 1989. 424 pgs.
5. BELLAK, L. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Editorial El Manual Moderno. Mexico D.F. 1995; 369 pgs.
6. BELLAK, L.
BELLAK, S. Test de Apercepción para Edades Avanzadas (S.A.T.) Editorial Paidós, Primera Edición. Buenos Aires, 1979. 22 págs.
7. BELLAK, L.
SMALL, L. Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Editorial Pax. Segunda Edición. México, D.F., 1970. 405 págs.
8. BOBES, J.
GONZALEZ, J. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Editorial Masson, S.A. Barcelona, España. 1997. 176 pgs.
9. BOGDAN, R.
TAYLOR, S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Primera reimpresión. Buenos Aires, Argentina. 1984. 343 pgs.
10. BOTELLA, C.
BOLLERTER, R. Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento. Ediciones Martínez Roca, S.A. España, 1997. 173 pgs.
11. BOWLBY, J. Vínculos Afectivos: Formación, desarrollo y pérdida. Ediciones Morata, S. A. Madrid. 1986, 200 pgs.

12. CABODEVILLA, I. Vivir y Morir Conscientemente. Editorial Descleé De Brouwer, S.A. Bilbao. 1999, 217 pgs.
13. CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Publicado por la Organización Mundial de la Salud. Técnicas Gráficas Forma, S.A., 1992. 355 pgs.
14. COLOMBERO, G. La enfermedad tiempo para la valentía. Taller San Pablo, Santa Fé de Bogota, D.C. 1993. 122 pgs.
15. DE SHAZER, S. Claves para la solución en terapia breve. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. España, 1985. 182 pgs.
16. DI CAPRIO, N. Teorías de la Personalidad. Editorial McGraw-Hill. México, D.F., 1989. 237 pgs.
17. DSM - IV Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, S.A. Ciencia y Cultura Latinoamérica, S.A. México, D.F. 1996. 909 pgs.
18. ENGLER, B. Introducción a las Teorías de Personalidad. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. Cuarta edición. México, D.F., 1996. 532 pgs.
19. FREUD, S. Duelo y Melancolía. Obras Completas Tomo II. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, 1973. 2091-2100 pgs.
20. GRINBERG, L. Culpa y Depresión: estudio psicoanalítico. Alianza Editorial, S.A. Salamanca 1994. 276 pgs.
21. KALISH, R. La Vejez: Perspectivas sobre el desarrollo humano. Ediciones Pirámide, S.A. Segunda Edición. España, 1995. 238 pgs.
22. KERLINGER, F. Investigación del Comportamiento. Segunda Edición McGraw-Hill/Interamericana de México, S.A. de C.V., 1996. 748 pgs.
23. MOBOURQUETE, J. LUSSIER-RUSSEL, D. Morir en Vida. Cómo enfrentar dignamente el fin de la vida. Taller San Pablo. Santafé de Bogota, D.C., 1998. 219 pgs.

24. NEIMEYER, R. A. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Primera edición. Ediciones Paidós Ibérica, S.A., 1997. 286 pgs.
25. NIETO-CARDOSO, E. Principios y Técnicas. Editorial Pax México, 1994. 324 págs.
26. PAPALIA, D.
WENDKOS, S. Desarrollo Humano. Editorial McGraw-Hill. Cuarta Edición. Colombia, 1992. 691 pgs.
27. PECHURON, M.
THOME-RENAULT, A. Vejez y pulsión de muerte. Amorrortu Editores. Dunod, París, 1992. 342 pgs.
28. SALVAREZZA, L. Psicogeriatría: Teoría y clínica. Editorial Paidós SAICF. Tercera reimpresión. Buenos Aires, 1996. 205 pgs.
29. SAMPIERI, R. H.
COLLADO, C. F.
LUCIO, P.B. Metodología de la Investigación. McGraw- Hill Interamericana de México, S.A. de C.V., 1995. 501 pgs.
30. SHERR, L. Agonía, Muerte y Duelo. Editorial El Manual Moderno, S.A. México D. F., 1992. 273 pgs.
31. SAIKU, K. Crisis Intervention. Editorial Allyn and Bacon. Segunda Edición. Boston, 1990. 137 pgs.
32. SUE, DAVID
SUE, DERALD
SUE, STANLEY Comportamiento Anormal. Cuarta edición. McGraw-Hill Interamericana de México, S.A. de C.V. México, 1996. 155 - 182 y 345 - 400 pgs.
33. SULLIVAN, H. S. La Entrevista Psiquiátrica. Editorial Patria. Bajo el sello de Nueva Imagen, México, 1990, 281 pgs.
34. TRISTAN, J. Aspectos socio-criminológicos del suicidio en adolescentes en la Ciudad de Panamá. Universidad de Panamá, 1994. 247 pgs.
35. WORDEN, W. J. El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. 1ª edición. Ediciones Paidós Ibérica, S. A., Barcelona. 1997. 240 pgs.

Artículos de Internet:

1. ARUGUETE, G. Una muerte adolescente.
<http://www.psinet.com.mx/rif/rif03011.htm>

2. BERRIEL, F.
LLADÓ, M.
PÉREZ, R Por los viejos tiempos: Reflexiones desde la práctica
psicológica en el campo de la vejez.
<http://ferber@psico.edu.uy>
<http://monllado@adinet.com.uy>
<http://rperez@psico.edu.uy>

3. DAVIDSON, B.
LIFAC, S. Envejecer en la sociedad actual.
<http://psiconet.com/seminarios/pgl@psiconet.com>

4. FORNÓS, M. Sexualidad y vejez. [http:// mfornos@arrakis.es](http://mfornos@arrakis.es)

5. PÉREZ, S. El suicidio y su atención por el médico de la familia.
Revista Cubana de Medicina General Integral.
Octubre-Diciembre, 1998.
<http://infonew.sld.cu/revistas/mgi/mgi01495.htm>

6. PERDOMO, R.
CONSTANZO, A. Accidentes, intentos de autoeliminación y violencia social.
IX Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires,
1995. <http://www.psinet.com.mx/apba/apba0009.htm>

7. PETRIZ, G.
TAMER, N.
YUNI, J. Pertinencia y efectos de la enseñanza de la salud de los
mayores. <http://petriz@way.com.ar>
<http://ntamer@unse.edu.ar>
<http://iyuni@catam.unca.edu.ar>

8. PETRIZ, G. Programas Educativos Universitarios para mayores.
10 años después: el mismo desafío?
<http://petriz@isis.unlp.edu.ar>

9. SLAUSKY, D. Vejez activa.
<http://psiconet.com/seminarios/pgl@psiconet.com>

10. DE VIGUERA, V. Reflexiones sobre el envejecer: aportes desde una
una experiencia. [http:// viguera@netverk.com.ar](http://viguera@netverk.com.ar)

11. DE VIGUERA, V. La educación para el envejecimiento.
<http://viguera@isis.unlp.edu.ar>

12. DE VIGUERA, V. Pasajeros del tiempo (La idea de muerte propia en los adultos mayores. Congreso de la SIP. San Pablo, 1997.
<http://viguer@isis.unlp.edu.ar>
13. DE VIGUERA, V. Reminiscencia.
<http://viguer@isis.unlp.edu.ar>
14. VILLAR, F. (Re) construcción estratégica del significado del propio envejecimiento en personas mayores.
<http://fuillar@psi.ub.es>

Conferencias:

1. DE DEL RÍO, C. Cómo mantenerse saludable y energético a través de los años. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
2. DÍAZ, N. Diagnóstico y tratamiento del estrés emocional. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
3. DÍAZ, N. Marcadores biológicos en depresión y ansiedad. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
4. MEMBREÑO, M. Glaucoma, prevención y tratamiento. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
5. MIRANDA, J. Intervención familiar frente al reto de la reinserción del adulto mayor. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
6. DE PALAU, A. Del existir al vivir. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
7. VERGARA, L. Clínica y diagnóstico de la depresión. IX Jornada Científica Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998
8. VERGARA, L. Clínica y diagnóstico de la depresión. IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.

9. VERGARA, L. Psiquiatría biológica y depresión.
IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
10. VALDÉS, M. La depresión a través de la historia.
IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
11. ZOCH, C. Depresión en la tercera edad: diagnóstico y tratamiento.
IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.
12. ZOCH, C. Depresión en la tercera edad: diagnóstico y tratamiento.
IX Jornada Científica. Hospital Psiquiátrico Nacional de Panamá, 1998.

Publicaciones:

- 1 El Heraldó. Panamá, octubre de 1998. 15 pgs

Apuntes:

1. CORREA, J. Introducción a la Psicología Clínica. Universidad de Panamá, 1996.

ANEXOS

CUESTIONARIO-GUIA

DATOS GENERALES:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Escolaridad: Primaria incompleta _____ Primaria completa _____

 Secundaria incompleta _____ Secundaria completa _____

 Universidad incompleta _____ Universidad completa _____

 Carrera _____

Vocacional _____

Ocupación laboral anterior: _____

Nivel económico: _____

PROBLEMA ACTUAL:

Descripción del problema por parte del paciente: _____

Problemas con el sueño: _____

Problemas alimenticios: _____

Problemas físicos (enfermedades): _____

Descripción de la preocupación del paciente y su deseo (¿en qué le podemos ayudar?):__

Explicación acerca del inicio de los síntomas:_____

Descripción de la forma en que generalmente el paciente resuelve este tipo de problemas:

HISTORIA PERSONAL:

¿Con quién se crió?:_____

¿Cómo fue la convivencia con sus familiares?_____

Forma en que sus padres o tutores satisficieron sus necesidades (materiales y afectivas):

Situaciones que más recuerda de su niñez y adolescencia:_____

Métodos de corrección utilizados por sus padres:_____

Condiciones generales de su estado de salud, durante la vida del paciente: _____

Experiencias amorosas: _____

Metas en el pasado: _____

Vínculos familiares actuales: _____

Apoyo de familiares más cercanos (llamadas telefónicas, visitas al residencial, envío de cartas; es decir, algún tipo de comunicación con ellos): _____

Sentimientos con respecto al apoyo que recibe de sus familiares: _____

Experiencias anteriores en donde ha manifestado síntomas depresivos, conductas acting-out (o situaciones similares): tipo de eventos que se presentaron: _____

Historia de intervenciones psicológicas o psiquiátricas: _____

Pensamientos en el pasado y en el presente con respecto a quitarse la vida o sensación de morir: _____

Sus tres principales miedos de la vida: _____

Reacciones ante la pérdida de seres queridos: _____

Cómo ingresó al residencial: _____

Cuál fue la primera reacción, al ingresar al residencial: _____

Hace cuánto tiempo vive en el residencial: _____

Qué actividades realiza (o realizaba) dentro del residencial: _____

“Hobbies”, actividades e intereses: _____

Relaciones que establece con sus compañeros de la residencia: _____

Relaciones que establece con el personal de la residencia: _____

HISTORIA FAMILIAR:

Número de hermanos (vivos y muertos): _____

Vínculo que los une: _____

Lugar que ocupa el paciente, por orden de nacimiento: _____

Sentimientos con respecto a la posición que ocupaba: _____

Su primer (a) pareja sexual: _____

Números de hijos y ocupaciones de éstos: _____

Tipo de relación que mantiene con sus hijos: _____

Ocupaciones realizadas para mantener su hogar: _____

EXPECTATIVAS DEL TRATAMIENTO:

Disposición con respecto a seguir las instrucciones establecidas por el personal del
residencial : _____

Colaboración activa para lograr la mejoría de las conductas parasuicidas: _____

Actitud del paciente con respecto al tratamiento: _____

Confianza del paciente en el tratamiento: _____

Persona (s) de su entorno social que pueda colaborar durante el proceso terapéutico: _____

Temores, dudas o alguna posible dificultades que pueda confrontar durante el tratamiento:

**ESCALA REVISADA COLLETT-LESTER DE MIEDO
A LA MUERTE Y AL PROCESO DE MORIR**

¿Hasta qué punto te inquietan y te ponen ansioso (a) los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir?

Lee cada ítem y responde rápidamente. No pienses tu respuesta demasiado. Queremos tu primera impresión de lo que piensas en este momento. Pon un círculo en el número que mejor represente lo que sientes.

Tu propia muerte:	Mucho		Algo		Nada
1. El aislamiento total de la muerte.	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida.	5	4	3	2	1
3. Perderlo todo después de la muerte.	5	4	3	2	1
4. Morir joven.	5	4	3	2	1
5. Cómo debe ser estar muerto.	5	4	3	2	1
6. No volver a pensar o experimentar.	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida después de la muerte.	5	4	3	2	1
8. La desintegración de tu cuerpo cuando mueras.	5	4	3	2	1
Tu propio proceso de morir:					
1. La degeneración física que implica.	5	4	3	2	1
2. El dolor implicado en el proceso de morir.	5	4	3	2	1
3. La degeneración intelectual de la ancianidad o enfermedad.	5	4	3	2	1
4. Que tus habilidades se verán limitadas mientras te estés muriendo.	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre respecto a la valentía con la que afrontarás el proceso de morir.	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir.	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de la familia y los amigos.	5	4	3	2	1
8. El dolor de los otros mientras te estés muriendo.	5	4	3	2	1

La muerte de los otros:	Mucho		Algo		Nada
1. Perder a alguien cercano a ti.	5	4	3	2	1
2. Tener que ver el cuerpo muerto de esa persona.	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarse con esa persona nunca más.	5	4	3	2	1
4. Arrepentirse de no haber sido más agradable con esa persona cuando estaba viva.	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin esa persona en cuestión.	5	4	3	2	1
6. Sentirte culpable por considerarte liberado porque esa persona en cuestión ha muerto.	5	4	3	2	1
7. Sentirte solo/a sin esa persona en cuestión.	5	4	3	2	1
8. Envidioso de que la persona esté muerta	5	4	3	2	1

INFORME SEMANAL

Funcionario: _____

Número de sesión: _____

Paciente: _____

Fecha: _____

Observaciones: _____

CUESTIONARIO GUÍA POST - TRATAMIENTO

Fecha de la entrevista: _____

Nombre: _____

1. ¿Me podría decir cómo se siente emocionalmente hoy?.

2. ¿Cuánto le ha ayudado el tratamiento con respecto a los problemas que nos señaló que tenía al inicio del tratamiento?

Mucho _____
Medianamente _____
Poco _____
Casi nada _____
Nada _____

3. ¿Cuánto le ha ayudado el tratamiento con respecto a las siguientes áreas:

Relación con otros _____
Estado de ánimo _____
Confianza en sí mismo _____
En disfrutar su vida _____
En el manejo del estrés _____
En crecimiento _____
En el cuidado de sí mismo _____

4. ¿Se encuentra satisfecho con la duración del tratamiento?. Sí _____, No _____.

5. En caso negativo, ¿Porqué?

6. ¿En general, cuán satisfecho está usted con el tratamiento?

Completamente satisfecho _____
Bastante satisfecho _____
Medianamente satisfecho _____
Algo satisfecho _____
Bastante insatisfecho _____
Completamente insatisfecho _____

***ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA MEJORÍA DEL
PACIENTE (EMP) (Botella y Ballester).***

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Instrucciones:

Rodee con un círculo el número que indica cómo se ha sentido usted desde
que inició este tratamiento:

MUCHÍSIMO MEJOR	BASTANTE MEJOR	UN POCO MEJOR	SIN CAMBIOS	UN POCO PEOR	BASTANTE PEOR	MUCHÍSIMO PEOR
--------------------	-------------------	------------------	----------------	-----------------	------------------	-------------------

* ----- *	* ----- *	* ----- *	* ----- *	* ----- *	* ----- *	* ----- *
1	2	3	4	5	6	7

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

Recuperarse de un episodio depresivo es generalmente fácil de conseguir, pero los médicos de cabecera también están interesados en mantener a la gente bien y en prevenir la repetición de la enfermedad. Por esta razón, es importante no dar por finalizado el tratamiento que tome hasta que su médico no se lo indique. La razón para esto es que existe el riesgo de que la depresión regrese si usted suspende demasiado pronto el tratamiento, incluso aunque usted ya se sienta bien. No se preocupe, a diferencia de algunos tranquilizantes, los fármacos antidepresivos no crean hábito ni son adictivos.

Si su salud general es buena y ha existido un trastorno obvio que le ha llevado a la depresión, usted probablemente necesitará mantener el tratamiento entre 6 y 12 meses. Si usted ha tenido episodios depresivos previos al actual, o su salud física no es buena, su médico de cabecera le recomendará que mantenga el tratamiento indefinidamente. El tratamiento preventivo se llevará a cabo con el mismo fármaco que le mejoró de la depresión o bien con un fármaco compuesto a base de sales de litio. El litio es una sustancia natural que ha sido empleada para prevenir la repetición de los episodios depresivos durante décadas. Es muy eficaz pero requiere de análisis de sangre periódicos cada tres o seis meses.

A continuación dispone de algunas recomendaciones específicas sobre lo que debe y lo que no debe hacer cuando se encuentre deprimido:

1. Pida ayuda. No considere normal sentirse deprimido por el simple hecho de ser mayor.
2. Intente salir. Acepte los ofrecimientos de sus vecinos, amigos o familiares. Este folleto puede ayudarles a comprender que usted puede no sentir demasiadas ganas de charlar. Pero quedarse en casa hará que esté continuamente dándole vuelta a las cosas en su cabeza, cosa que no sólo no le ayudará sino que le hará sentirse más indefenso. También, a causa de que la depresión produce entecimiento, si no sale y se mueve, podrán agravarse sus problemas de rigidez articular o de tobillos hinchados, haciendo más difícil el caminar.
3. Intente alimentarse adecuadamente. Las personas con depresión con frecuencia se alimentan incorrectamente y pierden peso, lo cual puede hacer que estén bajos de minerales y de vitaminas. Los cuerpos ancianos no se recuperan tan bien como los jóvenes. Evite el comer a base de chocolates y galletas.
4. Recuérdesse a sí mismo que usted tiene una enfermedad y que ésta tiene tratamiento, la gran mayoría de las personas en su situación mejoran.
5. Hable, cuénteles a alguien como se siente, incluso si se siente tan hundido como si todo acabara.
6. Comparta sus sentimientos con los demás, de no hacerlo estará todo el día rumiando las mismas preocupaciones inútilmente. Hablar con alguien le ayudará.
7. No intente beber alcohol para ahogar sus penas. El alcohol realmente empeorará su depresión, además de que puede interaccionar negativamente con el tratamiento que esté tomando.

8. No se angustie por no dormir adecuadamente. Esto es un síntoma de la depresión y desaparecerá según esta vaya mejorando. Preocuparse sobre no dormir es la mejor forma de asegurarse el no poder dormir.
9. No cambie el número de pastillas que toma, ni deje de tomarlas o intente otros remedios. Si cree que está experimentando efectos secundarios del tratamiento, hágaselo saber a su médico de cabecera.
10. No piense que la depresión conduce a la senilidad o demencia; no lo hace.

SI USTED ES FAMILIAR O AMIGO (A)...

1. Anímele amablemente a aceptar ayuda.
2. Explíquelo que la depresión es bastante frecuente y que se cura en la mayoría de los pacientes que aceptan ayuda.
3. Sea claro respecto de que no es una forma de locura, o sobre que acudir a un psiquiatra no constituye una mancha para la familia.
4. Acepte que las personas mayores con depresión se cansan fácilmente.
5. Con frecuencia es suficiente el que muestre su preocupación estando allí o haciendo algo práctico.
6. No les fuerce a hablar.
7. No les acose para que hagan cosas. Las personas mayores con depresión con frecuencia se aíslan de los demás y aunque el salir y el llevar a cabo ejercicio ligero ayuda, el acosarles puede ser contraproducente.
8. Sea paciente, las personas mayores pueden preguntar constantemente, pidiendo que se les tranquilice ya que están convencidos de que se encuentran físicamente mal. Esto es porque ellos no comprenden que les está sucediendo y se sienten asustados.
9. Tranquilícelos todo lo que pueda y sea un buen oyente. Especialmente, tranquilícelos de que no se volverán seniles o dementes. Las personas que han tenido depresión no poseen mayor riesgo de desarrollar demencia que las que no.
10. Ayúdeles a comer y beber adecuadamente.
11. No crea que por intentar comprobar si el paciente ha tenido ideas suicidas usted puede animarle o inducirle a que se suicide. Esto es un mito. Los pensamientos suicidas son un signo seguro de que se precisa ayuda especializada, y muchas personas deprimidas sienten alivio al contárselo a alguien.
12. Si se siente agotado pida ayuda.
13. Finalmente, evite tomar decisiones sobre donde debe vivir alguien que conoce y que está deprimido.